2005-2006

Annual Report

Rapport annuel

Health

Santé

New Nouveau
Brunswick
CANADA

2005-2006 Annual Report

Published by:
Department of Health
Province of New Brunswick
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Canada

October 2006

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Department of Health

Printing and Binding:
Department of Supply and Services

ISBN: 978-1-55396-846-7
ISSN: 1499-4704

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2005-2006

Publié par le :
Ministère de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Octobre 2006

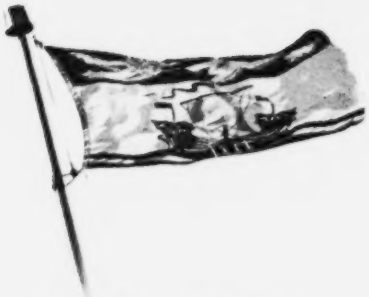
Couverture
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page
Ministère de la Santé

Impression et reliure
Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 978-1-55396-846-7
ISSN : 1499-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick



2005-2006

Annual Report

Rapport annuel

Health

Santé

New Nouveau
Brunswick
CANADA

2007-01124/

The Honourable Herménégilde Chiasson
Lieutenant-Governor of the Province of New Brunswick

Sir:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2006.

Brad Green
Minister

The Honourable Brad Green
Minister of Health
Province of New Brunswick

Sir:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2006.

Nora Kelly
Deputy Minister

L'honorable Herménégilde Chiasson
Lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2006.

Brad Green
Ministre

L'honorable Brad Green
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

Je vous soumets respectueusement le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2006.

Nora Kelly
Sous-ministre

TABLE OF CONTENTS

Organizational Chart 5
Legislation 7

Core Business Area:
Protection of Those Most at Risk 8

Acute and Short-Term Adult Mental Health Services 8
Child and Adolescent Mental Health Services 8
Psychiatric Patient Advocate Services 9
Youth Treatment Program 9
Prescription Drug Program 9

Core Business Area:
Prevention/Education/Awareness 12

Public Health Programs and Services 12

Communicable Disease Prevention, Management and Control 12
(a) Immunization Program 12
Surveillance Data: Vaccine Preventable Diseases
(b) Pandemic Influenza Planning 14
(c) HIV Testing Programs 15
Surveillance Data: Sexually Transmitted Infections, Bloodborne Diseases

Environmental Health/Community Protection
Public Health Inspection Programs and Services 17
(a) Water, Food Safety and Agri-Food Programs and Services 17
Surveillance Data:
Enteric, food and waterborne diseases

(b) Vectorborne and Zoonotic (Rabies and West Nile Virus) 20

Prevention Programs
Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families 22
(a) Early Childhood Initiatives 22
(b) Healthy Learners in School Program 25
(c) Sexual Health Program 25
(d) Injury/Disease Prevention Initiatives:
(1) Tobacco 26
(2) Healthy Eating 28
(3) Dental Health 28
(4) Wellness 28

Mental Health Prevention/Promotion Initiatives 29

TABLE DES MATIÈRES

Organigramme 6
Cadre législatif 7

Secteur d'activité principal :
Protection des personnes les plus à risque 8

Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes 8
Services de santé mentale pour enfants et adolescents 8
Services de défense des malades psychiatriques 9
Programme de traitement pour jeunes 9
Plan de médicaments sur ordonnance 9

Secteur d'activité principal :
Prévention, information et sensibilisation 12

Programmes et services de santé publique 12

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles 12
a) Programme d'immunisation 12
Données de surveillance : Maladies évitables par la vaccination
b) Planification relative à la pandémie d'influenza 14
c) Programmes de dépistage du VIH 15
Données de surveillance : Infections transmises sexuellement et par le sang

Protection de l'hygiène de l'environnement et de la santé publique
Programmes et services d'inspection en santé publique 17
a) Programmes et services en matière de protection de l'approvisionnement en eau, de salubrité des aliments et agroalimentaire 17
Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques
b) Programmes de prévention des maladies à transmission vectorielle et zoonoses (rage et virus du Nil) 20

Programme de prévention
Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains 22
a) Programme Initiatives pour la petite enfance 22
b) Programme Apprenants en santé à l'école 25
c) Programme de santé sexuelle 25
d) Initiatives de prévention des blessures et des maladies :
(1) Tabagisme 26
(2) Alimentation saine 28
(3) Hygiène dentaire 28
(4) Mieux-être 28

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale 29

Core Business Area:
Provision of Care 31

Ambulance Services 31
Community Health Centres 34
Collaborative Practices 37
Primary Health Care – Atlantic Initiatives 37
Hospital Services 38
- Cardiac Care Program 43
- Dialysis Services 43
- PKU Management Services 44
- Surgical Access Management 44
- Universal Newborn and Infant Hearing Screening Program 51
- Cochlear Implant Follow-up Services 51
- PET-CT 52
- Organ and Tissue Procurement 52
- Tele-Care Services 53
- Extra-Mural Program 55
- Rehabilitation Services 57
- Capital Construction and Equipment 57
- Cancer Services 58

Addiction Services 60
Community Mental Health Centres 61
In-Patient Psychiatric Care 62
Long-Term Mental Health Services 62

Medicare 63

Health Emergency Management Services 64

Pandemic Influenza Preparedness 65

E-Health 66

Vital Statistics 67

Planning and Medicare Services 68
- Federal/Provincial/Territorial Relations 68
- Legislative Development 68
- New Brunswick Career Day 69
- Allied Health Professionals Resource Strategy 69
- Nursing Resource Strategy 70
- Physician Resource Strategy 71
- Accountability and Health Information Management 72

Financial Overview (Pie Chart) 73
Financial Overview (Itemized Totals) 74
Financial Overview (Variances) 76
Health Administrative Offices 77

Secteur d'activité principal :
Prestation de soins 31

Services d'ambulance 31
Centres de santé communautaires 34
Exercice de la profession en collaboration 37
Initiatives de l'Atlantique en soins de santé primaires 37
Services hospitaliers 38
- Programme de soins cardiaques 43
- Services de dialyse 43
- Service provincial de gestion de la PCU 44
- Gestion de l'accès aux services de chirurgie 44
- Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons 51
- Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires 51
- TEP-CT 52
- Dons d'organes et de tissus 52
- Services Télé-Soins 53
- Programme extra-mural 55
- Services de réadaptation 57
- Projets d'immobilisations et biens d'équipement 57
- Services de lutte contre le cancer 58

Services de traitement des dépendances 60
Centres de santé mentale communautaires 61
Soins psychiatriques aux patients hospitalisés 62
Services de santé mentale de longue durée 62

Assurance-maladie 63

Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé 64

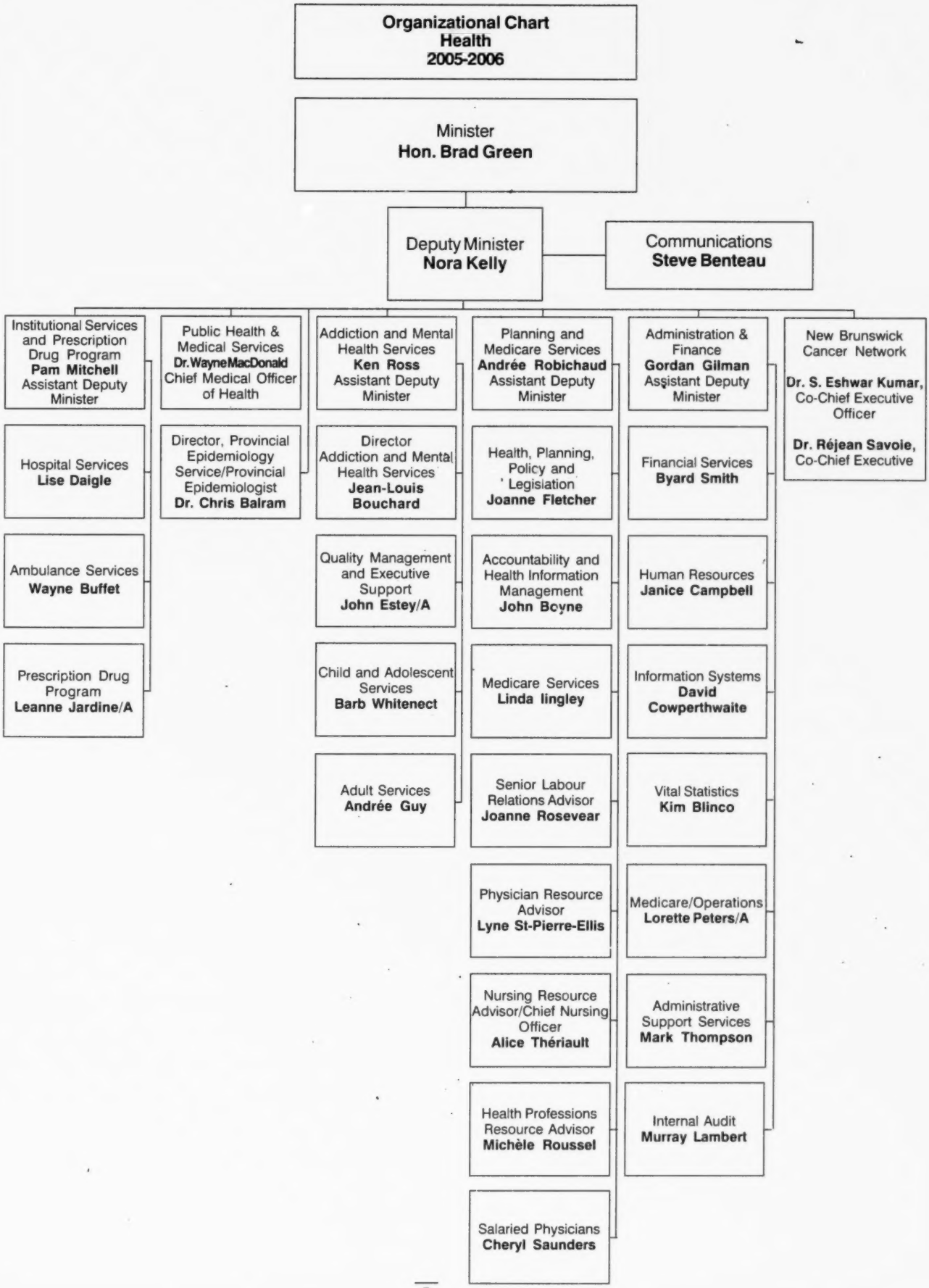
Planification de la capacité en cas de pandémie 65

Cybersanté 66

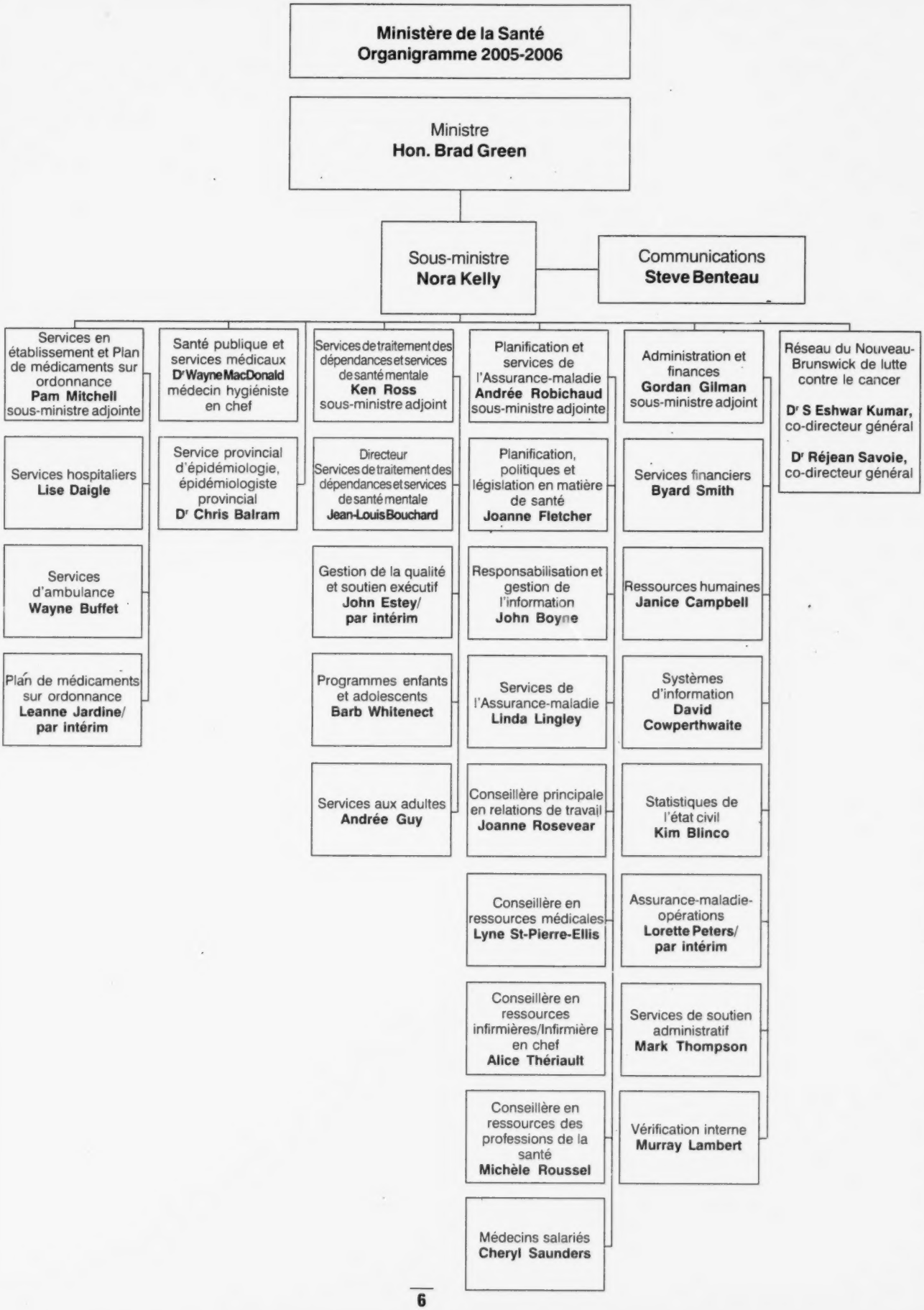
Statistiques de l'état civil 67

Planification et services de l'Assurance-maladie 68
- Relations fédérales, provinciales et territoriales 68
- Élaboration des lois 68
- Journée carrières du N.-B. 69
- Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles 69
- Stratégie en matière de ressources infirmières 70
- Stratégie des ressources médicales 71
- Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé 72

Aperçu financier (diagramme circulaire) 73
Aperçu financier (totaux détaillés) 75
Aperçu financier (écarts) 76
Bureaux administratifs du ministère de la Santé 78


Organizational Chart
Health
2005-2006
Minister
Hon. Brad Green
Deputy Minister
Nora Kelly
Communications
Steve Benteau
Institutional Services and Prescription Drug Program
Pam Mitchell
Assistant Deputy Minister
Public Health & Medical Services
Dr. Wayne MacDonald
Chief Medical Officer of Health
Addiction and Mental Health Services
Ken Ross
Assistant Deputy Minister
Planning and Medicare Services
Andrée Robichaud
Assistant Deputy Minister
Administration & Finance
Gordan Gilman
Assistant Deputy Minister
New Brunswick Cancer Network
Dr. S. Eshwar Kumar, Co-Chief Executive Officer
Dr. Réjean Savoie, Co-Chief Executive
Hospital Services
Lise Daigle
Director, Provincial Epidemiology Service/Provincial Epidemiologist
Dr. Chris Balram
Director Addiction and Mental Health Services
Jean-Louis Bouchard
Health, Planning, Policy and Legislation
Joanne Fletcher
Financial Services
Byard Smith
Ambulance Services
Wayne Buffet
Quality Management and Executive Support
John Estey/A
Accountability and Health Information Management
John Boyne
Human Resources
Janice Campbell
Prescription Drug Program
Leanne Jardine/A
Child and Adolescent Services
Barb Whitenect
Medicare Services
Linda Iingley
Information Systems
David Cowperthwaite
Adult Services
Andrée Guy
Senior Labour Relations Advisor
Joanne Rosevear
Vital Statistics
Kim Blinco
Physician Resource Advisor
Lyne St-Pierre-Ellis
Medicare/Operations
Lorette Peters/A
Nursing Resource Advisor/Chief Nursing Officer
Alice Thériault
Administrative Support Services
Mark Thompson
Health Professions Resource Advisor
Michèle Roussel
Internal Audit
Murray Lambert
Salaried Physicians
Cheryl Saunders

Ministère de la Santé
Organigramme 2005-2006



LEGISLATION

The department is responsible for the following Acts of the New Brunswick Legislature:

Ambulance Services Act
Anatomy Act
Cemetery Companies Act
Change of Name Act
Fish Inspection Act
Health Act
Hospital Act
Hospital Services Act
Human Tissue Gift Act
Marriage Act
Medical Consent of Minors Act
Medical Services Payment Act
Mental Health Act
Mental Heath Services Act
Prescription Drug Payment Act
Radiological Health Protection Act
Regional Health Authorities Act
Smoke Free Places Act
Tobacco Sales Act
Venereal Disease Act
Vital Statistics Act

CADRE LÉGISLATIF

Le ministère de la Santé est chargé de l'application des lois suivantes de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick :

Loi sur les services d'ambulance
Loi sur l'anatomie
Loi sur les compagnies de cimetière
Loi sur le changement de nom
Loi sur l'inspection du poisson
Loi sur la santé
Loi hospitalière
Loi sur les services hospitaliers
Loi sur les dons de tissus humains
Loi sur le mariage
Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux
Loi sur le paiement des services médicaux
Loi sur la santé mentale
Loi sur les services à la santé mentale
Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance
Loi sur la protection radiologique de la santé
Loi sur les régies régionales de la santé
Loi sur les endroits sans fumée
Loi sur les ventes de tabac
Loi sur les maladies vénériennes
Loi sur les statistiques de l'état civil

CORE BUSINESS AREA: PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK

Mental Health Programs and Services
Acute and Short Term Adult Mental Health Services

Within the Regional Health Authorities, Mental Health Services provides short-term interventions to adult New Brunswickers with mental health disorders who are in distress and who need help dealing with their situation. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides a variety of services, depending on clients' needs. Services include screening, assessment, crisis intervention, short-term therapy, prevention, consultation and service delivery coordination. This program aims at preventing deterioration in clients' mental health state through early and short term intervention that target the problems at hand. As well, the program promotes the sharing of expertise through consultations with community resources in the region.

Requests for services are varied in nature; some people may have functional difficulties because they are having problems at a certain stage in their lives, and some because they have experienced a particularly stressful event (bereavement, separation, job loss, etc.). Other clients exhibit more acute problems that have often existed for some time (mood disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, suicide risk, impulse-control disorders, personality disorders, relational disorders, post-traumatic response to sexual abuse, etc.). Within the Acute and Short Term Adult community mental health program, a total of 21,400 services were provided in the fiscal year 2005-06. In total, 14,284 distinct individuals received services within this program.

Child and Adolescent Mental Health Services

The objective of the community mental health Child and Adolescent program is to help children and adolescents who have mental disorders or related mental health issues, and to work with their parents/guardians or caregivers with a view to creating an environment conducive to their growth. Children/youth and their families access the program when their level of functioning is such that professional intervention is required. The following are some examples of when intervention may be necessary: conduct disorders, mood disorders, adjustment disorders, psychotic disorders, sexual abuse and related issues.

Services provided in this program include screening, assessment, treatment and early intervention, case management, crisis intervention, and consultations for children and adolescents at risk of developing serious mental illness in adulthood. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides short, medium, and long-term services, depending on clients' needs. The program promotes the sharing of expertise through consultations with community resources such as partnerships with the departments of

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PROTECTION DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Programmes et services de santé mentale
Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes

Au sein des régies régionales de la santé, les services de santé mentale du ministère offre aux Néo-Brunswickois adultes ayant des troubles mentaux des services d'intervention à court terme pour les aider à gérer leur situation. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit toute une gamme de services selon les besoins du client. Ces services comprennent des services de dépistage, d'évaluation, d'intervention en situation de crise, des services de thérapie à court terme, des services de prévention et de consultation ainsi que la coordination de la prestation des services. Le programme vise à prévenir la détérioration de la santé mentale du client grâce à des services d'intervention immédiate et à court terme ciblant le problème pertinent. Par ailleurs, le programme favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des services communautaires de la région.

La nature du service demandé varie; certaines personnes ont des difficultés fonctionnelles parce qu'elles éprouvent des problèmes à un moment précis de leur vie et d'autres parce qu'elles ont vécu un événement particulièrement difficile (deuil, séparation, perte d'emploi, etc.). D'autres clients manifestent des problèmes plus graves souvent depuis un bon moment déjà (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'adaptation, comportement suicidaire, troubles de contrôle impulsif, troubles de la personnalité, troubles relationnels, réaction post-traumatique aux sévices sexuels, etc.). Dans le cadre du Programme d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes, 21 400 services ont été dispensés au cours de l'exercice financier 2005-2006. Au total, 14 284 personnes ont reçu des services.

Services de santé mentale pour enfants et adolescents

Le Programme de services de santé mentale pour enfants et adolescents vise à aider les enfants et les adolescents aux prises avec des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale et à intervenir auprès de leurs parents ou tuteurs afin de favoriser un environnement favorable à leur développement. L'enfant ou l'adolescent et sa famille accèdent au programme lorsque son fonctionnement est tel qu'une intervention professionnelle s'impose. Une intervention est nécessaire notamment lorsque l'enfant ou l'adolescent manifeste des troubles de comportement, des troubles de l'humeur, des problèmes d'adaptation ou des troubles psychotiques ou qu'il a subi des sévices sexuels ou problèmes connexes.

Les services offerts dans le cadre de ce programme comprennent le dépistage, l'évaluation, le traitement et l'intervention précoce, la gestion de cas, l'intervention en situation de crise et des services de consultation aux enfants et aux adolescents qui risquent de développer des problèmes plus graves à l'âge adulte. Le programme, offert au moyen d'équipes communautaires multidisciplinaires, dispense des services à court, à moyen et à long terme selon les besoins du client. Le programme favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des services communautaires, comme

Family and Community Services, Education and Public Safety. The program also co-ordinates mental health services that are provided to children and adolescents in the regions. In 2005-06, the Child and Adolescent community mental health program provided a total of 18,184 services to 6,190 children and adolescents.

Psychiatric Patient Advocate Services

The Psychiatric Patient Advocate Services program ensures consistent approaches for inpatient psychiatric care regarding the right to admit patients for treatment on an involuntary status. The focus of the program is to address individual issues of concern while keeping in mind the best interests of the vulnerable person. The Psychiatric Patient Advocate meets with patients in order to clarify their status and their rights. The Psychiatric Patient Advocate also helps families in understanding the process and procedures when psychiatrists request that the patient be kept for treatment on an involuntary basis. Awareness and educational sessions are offered to mental health professionals and community agencies to provide a better understanding of the role of the Psychiatric Patient Advocate Office and an understanding of the *Mental Health Act*. In 2005-2006, a total of 1,771 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting an increase of 12.1 per cent from the previous year.

Youth Treatment Program

The Provincial Youth Treatment Program provides services to youth up to the age of 18 who have a diagnosis of conduct disorder and who face difficulties in school, home and/or community settings. It is an integrated program that, in partnership with the Departments of Education, Public Safety, and Family and Community Services, addresses youths' needs through the coordination of local and provincial resource services. These services include a clinical provincial outreach team, 13 multi-agency regional teams and the Pierre Caissie Centre. The Pierre Caissie Centre, a six-bed facility, provides assessment and evaluation with recommendations for community treatment involving families and foster parents of youths whose needs cannot be met at the regional level. During the fiscal year 2005-2006, 321 youths were actively followed by the program, 28 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

Prescription Drug Program

The New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) provides prescription drug coverage to eligible residents. The beneficiary groups are:

1. New Brunswick residents age 65 and older who receive the Guaranteed Income Supplement, or who qualify for coverage based on annual income
2. Nursing home residents
3. Clients of the Department of Family and Community Services who hold a valid health card for prescription drug coverage. They include:
   - recipients of financial assistance

des partenariats avec les ministères des Services familiaux et communautaires, de l'Éducation et de la Sécurité publique. Le programme coordonne aussi les services de santé mentale offerts aux enfants et aux adolescents dans les régions. Au cours de l'exercice 2005-2006, le programme de services de santé mentale pour enfants et adolescents a offert 18 184 services à 6 190 enfants et adolescents.

Services de défense des malades psychiatriques

Le programme Services de défense des malades psychiatriques assure l'uniformité des méthodes de soins psychiatriques pour les patients en établissement relativement au droit d'admettre les patients pour un traitement sur une base non volontaire. Le programme vise à gérer les situations des personnes tout en tenant compte du meilleur intérêt de la personne vulnérable. Le défenseur des malades psychiatriques rencontre les patients afin de préciser leur statut et leurs droits. Il aide également les familles à comprendre le procédé et les modalités lorsque les psychiatres demandent que les patients soient gardés pour un traitement sur une base non volontaire. Des séances de sensibilisation et de formation sont offertes aux professionnels de la santé mentale ainsi qu'aux organismes communautaires pour promouvoir une meilleure compréhension du rôle du bureau du défenseur des malades psychiatriques et de la *Loi sur la santé mentale*. En 2005-2006, 1 771 cas ont été soumis aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une augmentation de 12,1 pour cent par rapport à l'année précédente.

Programme de traitement pour les jeunes

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes offre des services aux jeunes âgés de moins de 18 ans chez qui on a décelé des troubles de comportement et qui éprouvent des difficultés à l'école, à la maison ou dans la collectivité. Ce programme intégré mené en partenariat avec les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires aide les collectivités à répondre aux besoins des jeunes grâce à la coordination des services de ressources locaux et provinciaux. Ces services comprennent une équipe clinique communautaire provinciale, 13 équipes multidisciplinaires régionales et le Centre Pierre Caissie. Ce centre de six lits fournit une évaluation approfondie et des recommandations concernant une intervention communautaire à laquelle participent les familles et les parents d'accueil des jeunes dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'échelle régionale. Au cours de l'exercice financier 2005-2006, le programme a offert des services actifs à 321 jeunes dont 28 ont dû être admis au Centre Pierre Caissie, à Moncton.

Plan de médicaments sur ordonnance

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) offre des médicaments sur ordonnance aux résidents admissibles. Les groupes de bénéficiaires sont les suivants :

1. Les résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans et plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles à des prestations en raison de leur revenu annuel.
2. Les résidents des foyers de soins.
3. Les bénéficiaires du ministère des Services familiaux et communautaires qui détiennent une carte valide d'assistance médicale pour médicaments sur ordonnance. Ils comprennent :
   - les bénéficiaires d'aide financière;

- individuals eligible for a health card only
- adults living in a residential facility
- children in care of the Minister of Family and Community Services

4. Persons registered with the NBPDP and deemed eligible for drug coverage who have/are:
   - cystic fibrosis
   - human growth hormone deficiency
   - multiple sclerosis
   - organ transplant recipients
   - HIV-positive

Information regarding program eligibility criteria and benefits may be found on the NBPDP website at www.gnb.ca, keyword: health.

All drugs considered for benefit status are subject to a standard review process. The NBPDP receives formulary listing recommendations from the Canadian Expert Drug Advisory Committee, as a participant in the national Common Drug Review (CDR), and also from the Atlantic Expert Advisory Committee which reviews drugs that do not fall under the CDR mandate. Drugs eligible for reimbursement under the Program are listed in the NBPDP Formulary.

- les personnes admissibles à la carte d'assistance médicale seulement;
- les adultes demeurant dans un établissement résidentiel;
- les enfants pris en charge par le ministre des Services familiaux et communautaires.

4. Les personnes inscrites au PMONB et jugées admissibles aux prestations du PMONB :
   - qui sont atteintes de fibrose kystique;
   - qui souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance;
   - qui souffrent de sclérose en plaques;
   - qui sont receveurs d'une greffe d'organe;
   - qui sont séropositives.

L'information concernant les critères d'admissibilité et les prestations du plan est affichée sur le site Web du PMONB à l'adresse www.gnb.ca, mot-clé : santé.

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité peuvent faire l'objet d'un examen standard. Le PMONB reçoit la liste des recommandations formulées par le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) à titre de participant au processus commun d'examen des médicaments (PCEM) national et au Comité consultatif des experts de l'Atlantique qui examinent les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du PCEM. Les médicaments dont le coût peut être remboursé par le programme sont indiqués dans le formulaire du PMONB.

NBPDP Data/Données du PMONB

	2003-04	2004-05	2005-06[1]
Program Expenditures/Dépenses du programme	$ 113.8M	$ 126.4M	$137.4M
Number of active beneficiaries[2]/Nombre de bénéficiaires actifs[2]	98,390	96,860[3]	97,264
Average number of prescriptions per beneficiary/ Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire	25.2	26.3	27.5
Average paid per beneficiary/Moyenne payée par bénéficiaire	$ 1,129	$ 1,274	$1,379
Average paid per prescription/Moyenne payée par ordonnance	$ 44.89	$ 48.39	$50.08

[1] Preliminary Data/Données préliminaires
[2] An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the reporting periods./Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les périodes de rapport.
[3] The decrease in active beneficiaries during 2004-05 was mainly due to a decrease in Family & Community Services clients./La diminution du nombre de bénéficiaires actifs en 2004-2005 est attribuable principalement à une diminution des clients des Services familiaux et communautaires.

During 2005-2006, the NBPDP incurred expenses of $137.4 million, of which $134.1 million (97.6 per cent) were drug costs and $3.3 million (2.4 per cent) were administrative costs.

En 2005-2006, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 137,4 millions de dollars, dont 134,1 millions (97,6 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 3,3 millions (2,4 pour cent), les frais administratifs.

Prescription Monitoring Program
In 2005-2006, the department initiated work to develop and implement a Prescription Monitoring Program (PMP) for New Brunswick. Information was gathered from programs in other jurisdictions to assist in determining options for the PMP framework.

The PMP will focus initially on narcotic and controlled drugs dispensed by community pharmacies. Physicians and pharmacists will be engaged in the next stage of the work for their input and recommendations design and scope of the PMP. The PMP is an initial step toward the Provincial Drug Information System for New Brunswick.

Programme de surveillance pharmaceutique
En 2005-2006, le ministère a commencé le travail en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un Programme de surveillance pharmaceutique (PSP) pour le Nouveau-Brunswick. Des renseignements ont ainsi été recueillis dans des programmes d'autres régions pour déterminer les options relativement à un cadre pour le PSP.

Le PSP se concentrera initialement sur les stupéfiants et les médicaments réglementés donnés par des pharmacies communautaires. Les médecins et les pharmaciens prendront part à la prochaine étape du travail en donnant leurs commentaires et recommandations relativement à la forme et à la portée du PSP. Le PSP constitue la première étape d'un processus vers un système d'information sur les médicaments provincial pour le Nouveau-Brunswick.

CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

Public Health Programs and Services

Devolution of Public Health to the Regional Health Authorities (RHAs) took place on Nov. 28, 2005. Public Health inspection programs and services remain with the Department of Health. The regional employees remaining with the department include: District Medical Officers of Health, Communicable Disease/ Immunization Program Officers, Regional Managers of Environmental Health, Public Health inspectors and administrative support. These regional Department of Health employees continue to be co-located in the regional offices with Public Health employees who were transferred to the RHAs.

Public Health programs and services provided in New Brunswick fall under the following three areas: 1) communicable disease: prevention, management and control; 2) environmental health / community protection, and 3) promotion of healthy lifestyles / healthy families.

Communicable Disease: Prevention, Management and Control

A number of the department's protection and prevention services help New Brunswickers maintain their health and well-being by avoiding communicable diseases.

a) Immunization Program
The department provides immunization against a range of vaccine preventable diseases. Immunization programs have proven effective in reducing the incidence of vaccine preventable communicable diseases. Routine childhood and adult vaccines are provided without charge to clients and are provided by Public Health nurses through pediatric immunization clinics and by family doctors.

An increased incidence of invasive meningococcal disease in Health Region 1 during the spring of 2005 resulted in a mass immunization campaign targeting all individuals from Grade 5 to age 19, inclusive. More than 16,000 individuals were vaccinated over a two-week period.

'Catch-up' vaccination (i.e. temporarily vaccinating additional age groups until those being vaccinated as part of the routine program reach the catch-up age group) helps to build protection in the population more quickly. As part of a catch-up process, in addition to the routine schedule, four year olds continue to be eligible for chicken pox vaccine, Grade 9 students for conjugated meningococcal C vaccine, and, following the increased incidence in meningococcal disease seen in Health Region 1, the catch-up for meningococcal vaccine was expanded to include all unvaccinated high school students in the province. As the features of meningococcal type C disease include

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, INFORMATION ET SENSIBILISATION

Programmes et services de santé publique

Le transfert des responsabilités de Santé publique aux régies régionales de la santé (RRS) s'est opéré le 28 novembre 2005. Les programmes et services d'inspection de la Santé publique demeurent sous la gouverne du ministère de la Santé. Les employés régionaux ne quittant pas le ministère comprennent : les médecins hygiénistes régionaux, les agents du programme des maladies transmissibles et de l'immunisation, les directeurs régionaux de l'hygiène de l'environnement, les inspecteurs en Santé publique et le personnel de soutien administratif. Ces employés régionaux du ministère de la Santé continuent de partager les mêmes bureaux régionaux que les employés de Santé publique transférés aux RRS.

Les programmes et services de santé publique offerts au Nouveau-Brunswick touchent les trois domaines suivants : 1) prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles, 2) protection de l'hygiène du milieu et de la santé publique et 3) promotion de styles de vie et de milieux familiaux sains.

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles

Un certain nombre de services de protection et de prévention du ministère aident les gens du Nouveau-Brunswick à préserver leur santé et leur mieux-être en évitant de contracter des maladies transmissibles.

a) Programme d'immunisation
Le ministère offre des vaccinations contre toute une gamme de maladies évitables par la vaccination. Les programmes de vaccination se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de certaines maladies transmissibles. Les vaccins habituels destinés aux enfants et aux adultes sont gratuits pour les clients. Ils sont administrés par les infirmières de la Santé publique lors des cliniques d'immunisation infantile et par les médecins de famille.

Une incidence accrue de la méningococcie invasive dans la région sanitaire 1 au printemps 2005 a entraîné une campagne d'immunisation de masse ciblant les jeunes de cinquième année jusqu'aux personnes âgées de 19 ans inclusivement. Plus de 16 000 personnes ont été vaccinées au cours d'une période de deux semaines.

La vaccination de rattrapage, c.-à-d. vacciner temporairement d'autres groupes d'âge jusqu'à ce que ceux qui sont vaccinés dans le cadre du programme systématique atteignent le groupe d'âge du rattrapage, contribue à développer une protection de la population plus rapidement. Dans le cas du procédé de rattrapage, en plus du programme systématique, les enfants de quatre ans sont admissibles au vaccin contre la varicelle, les élèves de la 9e année sont admissibles au vaccin du méningocoque de type C conjugué et, en raison de l'incidence accrue de la méningococcie invasive dans la région sanitaire 1, le procédé de rattrapage pour le vaccin du méningocoque a été étendu pour inclure les élèves non vaccinés des écoles secondaires de la province. Puisque les

the occurrence of outbreaks in schools and a high incidence in adolescents and young adults, this additional catch-up served to provide protection quickly to this vulnerable age group.

New Brunswickers at high risk of complications from influenza and pneumonia are eligible for publicly funded immunization against these diseases. These vaccines are predominantly physician delivered with VON providing some influenza vaccine to infants and seniors. During 2005-06, 182,400 doses of flu vaccine and 10,800 doses of pneumococcal vaccine were distributed for immunization of the identified high-risk groups. This represents an increase of approximately 10,000 doses of influenza vaccine over the previous year and, with respect to pneumococcal vaccine, is comparable to that distributed in the 2004-05 fiscal year.

Surveillance Data: Vaccine preventable disease

Table(s) A-1 and A-2 illustrate the incidences of selected vaccine preventable diseases in New Brunswick. The decrease in the rate of pertussis in 2005 may be due, in part, to immunization against pertussis for Grade 9 students which was introduced in September 2004. In addition to vaccinating Grade 9 students during the 2004-2005 school year, grades 10 and 11 students were also vaccinated. These additional vaccination programs serve to boost immunity amongst the adolescent population.

Table A-1 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick, 2001-2005

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Disease	2001	2002	2003	2004	2005
Measles	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
Mumps	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pertussis	6.2	15.6	15.3	42.6	6.6
Rubella	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis B	3.3	3.3	2.5	4.0	2.7
(Acute)	1.3	1.6	0.0	0.9	0.8
(Carrier)	2.0	1.7	2.5	3.1	1.9
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tetanus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Polio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae type b	0.1	0.3	0.4	0.3	0.0

Note: Rates are calculated using Statistics Canada's 2005population estimates

particularités de la méningococcie de type C comprennent l'occurrence d'épidémies dans les écoles et un taux d'incidence élevé chez les adolescents et les jeunes adultes, ce procédé de rattrapage supplémentaire a permis d'assurer une protection rapide pour ce groupe d'âge vulnérable.

Les gens qui risquent grandement d'avoir des complications de la grippe et d'une pneumonie sont admissibles au programme d'immunisation public contre ces maladies. Ces vaccins sont surtout administrés par les médecins, les infirmières de l'Ordre de Victoria fournissant certains vaccins contre la grippe aux bébés et aux personnes âgées. En 2005-2006, 182 400 doses de vaccin antigrippal et 10 800 doses de vaccin contre le pneumocoque ont été distribuées pour immuniser les groupes à risque élevé identifiés. Cela représente une augmentation d'environ 10 000 doses de vaccin antigrippal et de vaccin contre l'infection pneumococcique par rapport à l'exercice financier 2004-2005.

Données de surveillance : Maladies évitables par la vaccination

Les tableaux A-1 et A-2 illustrent l'incidence des maladies évitables par la vaccination sélectionnées. La diminution de la coqueluche en 2005 peut être attribuable en partie à l'immunisation contre la coqueluche des élèves de 9e année lancée en septembre 2004. En plus de la période de vaccination des élèves de 9e année au cours de l'année scolaire 2004-2005, les élèves de 10e et 11e année ont également été vaccinés. Ces programmes de vaccination supplémentaires permettent d'augmenter l'immunité chez la population adolescente.

Tableau A-1 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2001 à 2005

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2001	2002	2003	2004	2005
Rougeole	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Oreillons	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coqueluche	6,2	15,6	15,3	42,6	6,6
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite B	3,3	3,3	2,5	4,0	2,7
(Aiguë)	1,3	1,6	0,0	0,9	0,8
(Porteur)	2,0	1,7	2,5	3,1	1,9
Diphtérie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae type b	0,1	0,3	0,4	0,3	0,0

Nota : Les taux sont calculés à l'aide des prévisions démographiques de 2005 de Statistique Canada.

Table A-2 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Bruswick, 2005/ Tableau A-2 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2005

Actual Numbers / Chiffres réels	*Health Region/Région sanitaire*							
Disease / Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Measles/Rougeole	0	1	0	0	0	0	0	1
Mumps/Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis/Coqueluche	40	1	0	1	0	4	4	50
Rubella/Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B/Hépatite B	3	7	2	0	2	6	0	20
(Acute/aiguë)	0	4	0	0	0	2	0	6
(Carrier/porteur)	3	3	2	0	2	4	0	14
Diphtheria/Diphtérie	0	0	0	0	0	0	0	0
Tetanus/Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae type b	0	0	0	0	0	0	0	0

Source: Public Health Communicable Disease Epidemiology Unit/Unité d'épidémiologie des maladies transmissibles de la Santé publique.

b) Pandemic Influenza Planning

Influenza is an illness that plagues New Brunswickers annually and causes morbidity and mortality despite annual vaccination programs and advances in medical technology. Pandemic influenza is a worldwide epidemic of influenza characterized by high rates of illness/death and rapid spread. As the virus would be new, there would be no protection from the current year's vaccine formulation or existing immunity in the population. Pandemics typically occur three to four times per century as a result of naturally occurring changes in influenza viruses and, essentially, are inevitable. The last pandemic in Canada was in 1968.

In 2005, the epidemic of highly pathogenic avian influenza, caused by influenza A H5N1 strain, continued in South East Asia affecting bird and human populations. There was heightened concern that this particular influenza virus would develop into a strain that can be transmitted from person to person leading perhaps to a pandemic. New Brunswick has influenza surveillance systems in place that will identify the existence of this particular strain of influenza should it appear in the province.

The health impact in New Brunswick, as elsewhere, from a pandemic could be devastating – 25 to 35 per cent of the population may be ill with influenza. Increased incidence of illness and death would result in tremendous demand on health care services. Planning for pandemic influenza is ongoing among the health care sectors and other sectors of business and society. Public Health has worked collaboratively with Regional Health Authorities and other stakeholders to develop plans in preparation for a pandemic at the local level. Department representatives collaborate with the Public Health Agency of Canada in the continued development of national and provincial plans. New Brunswick, along with all the provinces and territories and Health Canada, participated in the purchase of a national stockpile of antiviral medication to be used as per the nationally agreed upon priorities during the

b) Planification relative à la pandémie d'influenza

La grippe est une maladie qui frappe les gens du Nouveau-Brunswick chaque année et qui donne lieu à de la morbidité et de la mortalité, malgré les programmes de vaccination annuels et les progrès dans la technologie médicale. La grippe pandémique est une épidémie mondiale d'influenza caractérisée par des taux élevés de maladies et de décès et une propagation rapide. Étant donné que le virus est nouveau, la formulation d'un vaccin de l'année actuelle n'assurerait pas une protection, et il n'y aurait pas d'immunité existante parmi la population. Les pandémies se produisent normalement trois à quatre fois par siècle à la suite de changements naturels survenant dans les virus d'influenza et, essentiellement, elles sont inévitables. La dernière pandémie au Canada a eu lieu en 1968.

En 2005, l'épidémie d'influenza aviaire hautement pathogène causée par la souche grippale A H5N1 s'est poursuivie en Asie du Sud-Est et a affecté les populations d'oiseaux et humaines. On craint de plus en plus que ce virus grippal particulier se transforme en une souche qui sera transmise de personne à personne, ce qui mènerait peut-être à une pandémie. Le Nouveau-Brunswick a un système de surveillance d'influenza en place qui dépistera l'existence de cette souche particulière d'influenza, si elle se manifeste dans la province.

Les effets sur la santé d'une pandémie au Nouveau-Brunswick comme ailleurs pourraient être dévastateurs. De 25 à 35 pour cent de la population pourrait contracter l'influenza. L'incidence accrue de la maladie et de décès créera une demande et des pressions énormes sur les services de soins de santé. La planification en cas d'une grippe pandémique est une activité continue entre les secteurs des soins de santé et d'autres secteurs des entreprises et de la société. La Santé publique travaille en collaboration avec les régies régionales de la santé et d'autres intervenants pour élaborer des plans en cas d'une pandémie à l'échelle locale. Les représentants du ministère collaborent avec l'Agence de santé publique du Canada pour l'élaboration continue de plans nationaux et provinciaux. Le Nouveau-Brunswick, ainsi que toutes les provinces, tous les territoires et Santé Canada, ont participé à l'achat d'un stock national de médicaments antiviraux qui seraient utilisés selon les priorités convenues à l'échelon national pendant une

pandemic response. Public Health has also been increasing awareness of the need for planning in the non health care sector.

c) HIV Testing Programs

The Department of Health is committed to providing education, counselling and testing services for HIV/AIDS and other bloodborne and sexually transmitted infections in the province. The goal is to reduce the incidence rate of HIV and other bloodborne infections through education and counselling, to facilitate early detection and access to treatment for individuals infected with HIV and other bloodborne infections, and to build partnerships to enhance effectiveness in minimizing HIV and other bloodborne pathogen incidence and morbidity.

The department continues to partner with community groups such as AIDS New Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton and Healing Our Nations.

Regional Public Health staff provide HIV testing programs in the community and in provincial and federal correctional facilities. The program provides pre and post test counselling for those clients interested in this service. HIV testing options include anonymous, non-nominal and nominal.

In 2005-6, there were 820 persons who received counselling and testing for HIV through the Public Health community programs. Of these, 205 chose to be tested anonymously.

Sixty-six (66) inmates in the provincial correctional facilities in New Brunswick requested to visit with the Public Health nurses. Fifty (50) of these inmates requested testing for HIV and other bloodborne diseases. At least 28 inmates in the Westmorland federal correctional facility visited the Public Health nurse requesting education and counselling about HIV and other bloodborne diseases. Of these, three inmates requested they be tested anonymously for HIV.

The department also partners with community members and organizations interested in developing needle exchange programs to reduce the risk of contracting bloodborne infections like HIV and Hepatitis C. The department provides needles, syringes and condoms for the established community-based needle exchange programs in Saint John and Fredericton, and has initiated discussions with SIDA/AIDS Moncton who are pursuing the feasibility of establishing a syringe recovery program.

During the spring of 2005, the department launched a Sexually Transmitted Infection (STI) Information Line (1-866-STI-1010). This enhanced information line provides free, confidential health advice on STIs and other bloodborne infections including HIV/AIDS and diseases such as Hepatitis C. New Brunswickers have access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. The STI Info line responded to 253 calls for advice and information.

intervention en cas de pandémie. La Santé publique a aussi augmenté la sensibilisation au besoin de planifier dans les secteurs autres que les soins de santé.

c) Programmes de dépistage du VIH

Le ministère de la Santé s'est engagé à offrir des services d'éducation, de counseling et de dépistage pour prévenir la propagation du VIH et du sida ainsi que les autres maladies transmissibles par le sang et infections transmises sexuellement dans la province. L'objectif est de diminuer le taux d'incidence du VIH et des autres infections transmissibles par le sang par le biais de services d'éducation et de counseling, de faciliter le dépistage précoce et l'accès au traitement pour les personnes atteintes du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang et d'établir des partenariats pour accroître l'efficacité de la minimisation de l'incidence et de la morbidité du VIH et d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang.

Le ministère continue de collaborer avec des groupes communautaires comme SIDA Nouveau-Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton et Healing Our Nations.

Le personnel régional de la Santé publique offre des programmes de dépistage du VIH dans la collectivité ainsi que dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux. Le programme comprend un service de counseling avant et après le dépistage pour les clients intéressés. Les types de dépistage du VIH offerts sont les suivants : anonyme, non nominal et nominal.

En 2005-2006, 820 personnes ont reçu du counseling et subi un test pour le VIH par l'entremise des programmes communautaires de la Santé publique. De ce nombre, 205 ont choisi de garder l'anonymat.

Soixante-six détenus d'établissements correctionnels provinciaux du Nouveau-Brunswick ont demandé de rencontrer les infirmières de la Santé publique. Cinquante de ces détenus ont demandé de subir le test de dépistage du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang. Au moins 28 détenus de l'établissement correctionnel fédéral de Westmorland ont rendu visite à l'infirmière de la Santé publique afin de recevoir du counseling et de la formation sur le VIH et les autres infections transmissibles par le sang. Trois de ces détenus ont demandé à recevoir le test de dépistage du VIH sous le couvert de l'anonymat.

Le ministère est aussi partenaire des membres de la collectivité et des organismes intéressés à mettre sur pied des programmes d'échange de seringues afin de réduire les risques de contracter des infections transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C. Le ministère fournit des aiguilles, des seringues et des condoms grâce aux programmes communautaires d'échange de seringues à Saint John et à Fredericton et a également lancé des discussions auprès de SIDA/AIDS Moncton qui contemple la faisabilité de la mise sur pied d'un programme de récupération des seringues.

Au cours du printemps 2005, le ministère a établi une ligne sans frais sur les infections transmises sexuellement (ITS) (1 866 784-1010). Cette ligne d'information améliorée permet d'obtenir des conseils de santé gratuits et confidentiels sur les ITS et d'autres infections transmissibles par le sang, y compris le VIH et le sida ainsi que les maladies comme l'hépatite C. La population du Nouveau-Brunswick peut communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue 24 heures sur 24, sept jours sur sept. La ligne d'information sur les ITS a répondu à 253 appels de gens qui voulaient obtenir des conseils et de l'information.

Surveillance Data: Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Diseases

Sexually transmitted infections (STIs) and their serious consequences can be reduced through education, early detection, treatment and contact follow-up. Through the Public Health Communicable Disease Programs, the department provides information on sexual health and prevention of sexually transmitted infections. When such diseases are reported to the department, Public Health staff ensure that contact tracing is carried out. Tables A-3 and A-4 illustrate the trend is gradually increasing, but this in not unique to New Brunswick as most of these rates are below or comparable to the national rates.

Table A-3 Sexually Transmitted Infections/ Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2001-2005

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Infection	2001	2002	2003	2004	2005
Chlamydia	159.2	174.2	183.9	181.1	199.2
Gonococcal Infection	1.3	4.0	4.7	2.0	3.1
Herpes : Genital	28.0	35.9	36.4	42.1	48.0
Syphilis - All	1.6	0.4	1.9	1.5	0.8
(Early symptomatic)	0.0	0.1	0.5	0.5	0.1
HIV	1.3	1.3	1.3	1.1	0.9
AIDS	0.4	0.0	0.8	0.3	0.8

Note: Rates are calculated using Statistics Canada's 2005 population estimates.

Données de surveillance : infections transmises sexuellement et par le sang

L'information, la détection précoce, le traitement et la recherche de tous les sujets contacts peuvent contribuer à diminuer les infections transmises sexuellement (ITS) et leurs conséquences graves. Par l'entremise de ses programmes de lutte contre les maladies transmissibles de la Santé publique, le ministère fournit de l'information sur la santé sexuelle et sur la prévention des infections transmises sexuellement. Lorsque de telles maladies sont signalées au ministère, le personnel de la Santé publique s'assure que la recherche de contacts est effectuée. Les tableaux A-3 et A-4 démontrent que la tendance augmente graduellement sans toutefois être unique au Nouveau-Brunswick puisque la plupart de ces tendances sont inférieures ou comparables aux taux nationaux.

Tableau A-3 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au Nouveau-Brunswick, 2001 à 2005

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Infection	2001	2002	2003	2004	2005
Chlamydia	159,2	174,2	183,9	181,1	199,2
Infection gonococcique	1,3	4,0	4,7	2,0	3,1
Herpès génital	28,0	35,9	36,4	42,1	48,0
Syphilis — Tout	1,6	0,4	1,9	1,5	0,8
(symptomatique précoce)	0,0	0,1	0,5	0,5	0,1
VIH	1,3	1,3	1,3	1,1	0,9
SIDA	0,4	0,0	0,8	0,3	0,8

Nota : Les taux sont calculés à l'aide des prévisions démographiques de 2005 de Statistique Canada.

Table A-4 Sexually Transmitted Infections/Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2005/ Tableau A-4 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au Nouveau-Brunswick, 2005

Actual Numbers/Chiffres réels	*Health Region/Région sanitaire*							
Infection	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Chlamydia	486	307	453	53	43	107	49	1 498
Gonococcal Infection/Infection gonococcique	16	4	0	0	1	1	1	23
Herpes : Genital/Herpès génital	125	72	102	20	4	27	11	361
Syphilis – All/Tout	0	2	0	0	0	2	2	6
(Early symptomatic)/(symptomatique précoce)	0	1	0	0	0	0	0	1
HIV/VIH	2	1	2	1	2	0	0	7
AIDS/SIDA	0	5	0	0	0	0	0	5

Source: Public Health Communicable Disease Epidemiology Unit/Unité d'épidémiologie des maladies transmissibles de la Santé publique.

Environmental Health / Community Protection - Public Health Inspection Programs and Services

a) Water, Food Safety and Agri-food programs and services

Inspection Programs and Services under the Office of the Chief Medical Officer of Health include: potable water, recreational water, community sanitation, institutional health, food safety (including food service establishments, fish buyers, and agri-food services), communicable disease investigations and prevention (enteric, vectorborne, zoonotics), *Smoke-Free Places Act* enforcement and health promotion.

The delivery of the department's inspection programs are based on risk assessment factors which have an impact on reducing the incidence of illness within New Brunswick. These programs aim at maintaining a healthy environment and at preventing communicable diseases by carrying out inspection, enforcement, licensing and monitoring activities.

The tables below outline some of the activities that were carried out in 2005/2006:

Bacteriological Water Tests

	2004/2005	2005/2006
Public water supplies		
Number of tests (i.e. municipal and Crown systems)	20,932	22,943
Number of boil orders	12	12
Private water supplies		
Number of tests	39,760	40,353
Recreational Swimming Areas		
Number of inspections	186	321
Number of sites monitored	189	176
Number of sites closed	5	3

Food Inspections

	2004/2005	2005/2006
Licenses issued to food services establishments	3,151	2,783
Number of inspections	6,128	7,415
Number of licenses revoked	2	2

Fish Buyers Licenses

	2004/2005	2005/2006
Number of licenses issued	536	613

Protection de l'hygiène de l'environnement et de la santé publique - Programmes et services d'inspection en santé publique

a) Programmes et services en matière de protection de l'approvisionnement en eau, de salubrité des aliments et agroalimentaire

Les programmes et services d'inspection du bureau du médecin hygiéniste en chef comprennent notamment : l'eau potable, les eaux utilisées à des fins récréatives, l'hygiène communautaire, la santé en établissement, la salubrité des aliments (y compris les établissements de restauration, les acheteurs de poisson et les services agroalimentaires), les enquêtes sur les maladies transmissibles et la prévention de celles-ci (entériques, vectorielles et zoonoses), l'exécution de la *Loi sur les endroits sans fumée* et la promotion de la santé.

L'exécution des programmes d'inspection du ministère est fondée sur les facteurs d'évaluation des risques qui ont des effets sur la réduction de l'incidence de la maladie au Nouveau-Brunswick. Ces programmes visent à maintenir un environnement sain et à prévenir les maladies transmissibles en effectuant les activités liées à l'inspection, à l'application, à l'attribution de permis et à la surveillance.

Les tableaux ci-dessous présentent certaines des activités effectuées en 2005-2006 :

Épreuves bactériologiques de l'eau

	2004-2005	2005-2006
Sources d'approvisionnement publiques en eau		
Nombre d'échantillons analysés (c.-à-d. réseaux municipaux et réseaux de la Couronne)	20 932	22 943
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	12	12
Sources d'approvisionnement en eau privées		
Nombre d'analyses	39 760	40 353
Lieux de natation		
Nombre d'inspections	186	321
Nombre de sites vérifiés	189	176
Nombre de sites fermés	5	3

Inspections des aliments

	2004-2005	2005-2006
Permis délivrés aux établissements de restauration	3 151	2 783
Nombre d'inspections	6 128	7 415
Nombre de permis révoqués	2	2

Permis d'acheteurs de poisson

	2004-2005	2005-2006
Nombre de permis délivrés	536	613

Agri-Food Services

1. Raw Milk Quality Program

Inspection staff, in conjunction with the Provincial Dairy Laboratory, provided the Raw Milk Quality Control Program for the dairy producers in the province. Dairy Producers continue to demonstrate a high degree of compliance with raw milk quality standards.

Raw Milk Sampling	2004/2005	2005/2006
Number of raw milk samples tested	3,451	3,259
Compliance:		
Bacteria Counts	98.5%	97.88%
Somatic Cell Count	96.8%	96.93%
Added Water	99.9%	99.69%
Number of inhibitor infractions	2	3

Dairy Farm Inspections

The approximately 255 dairy farms are inspected once per year for sanitation and facility requirements with follow-up inspections as required. Inspections are also conducted each time a quality infraction occurs in the raw milk testing program.

	2004/2005	2005/2006
Number of routine dairy farm inspections	271	256
Number of follow-up, quality and other inspections	321	347

2. Dairy Processors

Sample collection and product testing at the NB Dairy Laboratory.

	2004/2005	2005/2006
Number of milk and cream samples	261	303
Number of other samples		
Cheese	145	124
Butter	50	49

Processing Plant Inspections and Milk Meter Calibrations

Pasteurization plants that are not registered with, and inspected by, the Canadian Food Inspection Agency, are inspected once per year with follow-up as required. Milk Meter Calibrations are completed once per year with follow-up as required

	2004/2005	2005/2006
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	6	6
Milk Meter Calibrations	5	3

3. Abattoir Inspections

Abattoirs are inspected three times per year for sanitation and facility requirements with follow up as required. Additionally, there are five more inspections per year relating to Specified Risk Material (SRM) Removal in beef cattle.

Services agroalimentaires

1. Programme de contrôle de la qualité du lait cru

Le personnel d'inspection, en collaboration avec le laboratoire provincial des produits laitiers, a offert le Programme de contrôle de la qualité du lait cru aux producteurs laitiers de la province. Les producteurs laitiers continuent d'afficher un degré élevé de conformité avec les normes de la qualité du lait cru.

Échantillonnage du lait cru	2004-2005	2005-2006
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	3 451	3 259
Conformité :		
Énumérations bactériennes	98,5 %	97,88 %
Énumération des cellules somatiques	96,8 %	96,93 %
Eau ajoutée	99,9 %	99,69 %
Nombre d'agents inhibiteurs	2	3

Inspections de fermes laitières

Environ 255 fermes laitières sont inspectées chaque année relativement aux exigences de salubrité de l'installation et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Des inspections sont également effectuées chaque fois qu'une infraction aux normes de qualité se produit dans le cadre du programme d'analyse du lait cru.

	2004-2005	2005-2006
Nombre d'inspections routinières de fermes laitières	271	256
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	321	347

2. Transformateurs de produits laitiers

Prélèvement d'échantillons et analyse des produits au laboratoire des produits laitiers du Nouveau-Brunswick.

	2004-2005	2005-2006
Nombre d'échantillons de lait et de crème	261	303
Nombre d'échantillons autres		
Fromage	145	124
Beurre	50	49

Inspection d'usine de transformation et étalonnage des compteurs à lait

Les usines de pasteurisation qui ne sont pas enregistrées auprès de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et qui ne sont pas inspectées par celle-ci, sont inspectées une fois par année, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Les étalonnages des compteurs à lait sont effectués une fois par année et les étalonnages de suivi sont effectués au besoin.

	2004-2005	2005-2006
Inspections d'usine de fromage au lait cru et de pasteurisation	6	6
Étalonnages des compteurs à lait	5	3

3. Inspections d'abattoirs

Les abattoirs sont inspectés trois fois par année pour les conditions sanitaires et les besoins de l'installation, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. De plus, il y a cinq autres inspections par année pour les matières à risque spécifiées (MRS) des bovins.

	2004/2005	2005/2006
Number of licensed abattoirs	29	30
Number of abattoir inspections	215	223

4. Bulk Tank Milk Graders

Bulk Tank Milk Graders (BTMG) are individuals that are licensed to:

a) sample and collect raw milk at the farm level

b) deliver raw milk to dairy plants

c) maintain the sanitary condition of bulk milk tankers and trucks

Bulk Tank Milk Graders are inspected once per year and upon initial licensing

	2004/2005	2005/2006
Number of BTMG inspections	35	36

5. Bulk Milk Tank Truck

Bulk tank milk trucks are inspected once per year with follow-up as required

	2004/2005	2005/2006
Number of tanker inspections	22	31

Surveillance Data: Enteric, food and waterborne diseases

Reports of both suspect cases and confirmed cases of water or food-borne diseases are promptly investigated. When necessary, steps are taken to try to identify potential sources of the disease and to control any further spread within communities.

Tables A-5 and A-6 provide an overview of the enteric diseases reported in New Brunswick for 2005.

Table A-5 Enteric Diseases Reported in New Brunswick, 2001-2005

Crude Incidence Rate per 100,000 Population

Disease	2001	2002	2003	2004	2005
Amebiasis	0.3	0.3	0.0	0.3	1.9
Campylobacter	33.4	27.5	27.2	19.4	23.4
Giardiasis	10.6	12.4	11.1	10.5	10.8
E. coli 0157 :H7	5.9	1.6	2.4	2.3	1.6
Salmonellosis	17.0	15.1	16.9	18.6	14.4
Shigellosis	0.5	1.2	2.3	0.9	1.5

Note: Rates are calculated using Statistics Canada's 2005 population estimates.

	2004-2005	2005-2006
Nombre d'abattoirs ayant un permis	29	30
Nombre d'inspections d'abattoir	215	223

4. Préposés au classement du lait en citerne

Les préposés au classement du lait en citerne sont des personnes autorisées :

a) à échantillonner et à ramasser le lait cru dans les fermes;

b) à livrer le lait cru aux usines laitières;

c) à maintenir les conditions d'hygiène des camions-citernes à lait cru.

Les préposés au classement du lait en citerne sont visés par une inspection une fois par année et au moment de la délivrance du permis.

	2004-2005	2005-2006
Nombre d'inspections par les préposés au classement du lait en citerne	35	36

5. Camion-citerne de lait

Les camions-citernes sont inspectés une fois par année et des inspections de suivi sont effectuées au besoin.

	2004-2005	2005-2006
Nombre d'inspections de camions-citernes	22	31

Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques

Les cas possibles et confirmés signalés de maladies transmises par les aliments ou par l'eau sont vérifiés rapidement et, s'il y a lieu, des mesures sont prises pour déceler les sources potentielles de la maladie et pour empêcher toute autre propagation de la maladie dans les collectivités.

Les tableaux A-5 et A-6 présentent un survol des maladies entériques signalées au Nouveau-Brunswick en 2005.

Tableau A-5 Maladies entériques signalées au Nouveau-Brunswick, 2001 à 2005

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2001	2002	2003	2004	2005
Amibiase	0,3	0,3	0,0	0,3	1,9
Campylobactériose	33,4	27,5	27,2	19,4	23,4
Giardiase	10,6	12,4	11,1	10,5	10,8
E. coli 0157:H7	5,9	1,6	2,4	2,3	1,6
Salmonellose	17,0	15,1	16,9	18,6	14,4
Shigellose	0,5	1,2	2,3	0,9	1,5

Nota : Les taux sont calculés à l'aide des prévisions démographiques de 2005 de Statistique Canada.

Table A-6 Enteric Diseases Reported in New Brunswick, 2005/
Tableau A-6 Maladies entériques signalées au Nouveau-Brunswick, 2005

Actual Numbers/Chiffres réels	Health Region/Région sanitaire							
Disease/Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Amebiasis/Amibiase	0	0	0	0	0	14	0	14
Campylobacteriosis/Campylobactériose	52	27	19	27	11	33	7	176
Giardiasis/Giardiase	15	20	17	0	11	17	1	81
E. coli 0157:H7	4	2	6	0	0	0	0	12
Salmonellosis/Salmonellose	35	13	29	7	1	15	8	108
Shigellosis/Shigellose	6	1	2	0	0	2	0	11

Source: Provincial Epidemiology Service/Service provincial d'épidémiologie.

b) Vectorborne and Zoonotic Disease Prevention Program

There are two emerging zoonotic diseases of concern for New Brunswick: rabies and the mosquito-borne West Nile virus.

Rabies

In fiscal 2005-06, the department chaired the New Brunswick Rabies Working Group and coordinated the implementation of a management plan for rabies surveillance, control and prevention. A total of 71 raccoons and skunks were tested for rabies, compared to 261 raccoons and skunks in fiscal 2004-05. As in the previous year, there were no cases of the raccoon strain of rabies detected during 2005-06.

Wildlife rabies control measures were conducted where cases of raccoon strain rabies had been detected previously. The control area was along the southern New Brunswick/Maine border around the town of St. Stephen and included a northern extension to the village of McAdam. Target animal species (raccoons, skunks and feral cats) were live trapped, vaccinated against rabies and then released to maintain a barrier of animals immune to the disease. A team of 27 trappers conducted rabies control activities within the 893 square kilometre area. A total of 847 raccoons and 342 skunks were vaccinated against rabies and released. Of these, 210 raccoons and 62 skunks had also been vaccinated in previous years. In addition, a total of 183 feral domestic cats were vaccinated against rabies and released.

The department continued its rabies education and awareness campaign with pamphlets, radio and newspaper advertisements. The toll-free Rabies Information Line handled 834 calls from persons seeking information on rabies and potential exposures (compared to 1,271 calls in fiscal 2004-05).

West Nile Virus

In fiscal 2005-06, the department chaired the interdepartmental New Brunswick West Nile Virus Committee and continued to revise and update the management plan for surveillance, prevention and control of the West Nile Virus as new information

b) Programme de prévention des maladies à transmission vectorielle et zoonoses

Il existe deux nouvelles zoonoses préoccupantes au Nouveau-Brunswick, à savoir la rage et le virus du Nil occidental à transmission vectorielle.

Rage

Au cours de l'exercice financier 2005-2006, le ministère a présidé le Groupe de travail du Nouveau-Brunswick sur la rage et a coordonné la mise en œuvre d'un plan de gestion en vue de la surveillance, du contrôle et de la prévention de la rage. Un total de 71 ratons laveurs et mouffettes ont fait l'objet d'un test de dépistage de la rage comparativement à 261 ratons laveurs et mouffettes en 2004-2005. Tout comme l'an dernier, aucun cas de rage de la souche virale du raton laveur n'a été décelé en 2005-2006.

Des mesures de lutte contre la rage chez les animaux sauvages ont été mises en application dans les régions où des cas de rage de la souche virale du raton laveur avaient été déjà détectés. Le secteur de contrôle s'étendait le long de la frontière du sud du Maine et du N.-B. près de la ville de St. Stephen et englobait un prolongement au nord du village de McAdam. Les espèces animales ciblées (ratons laveurs, mouffettes et chats sauvages) ont été piégées, vaccinées contre la rage et relâchées afin de maintenir un groupe d'animaux immunisés contre la maladie. Une équipe de 27 trappeurs a réalisé des activités de contrôle de la rage dans un secteur de 893 km^2. Au total, 847 ratons laveurs et 342 mouffettes ont été vaccinés contre la rage et relâchés. De ces animaux, 210 ratons laveurs et 62 mouffettes avaient été vaccinés au cours des années précédentes. De plus, un total de 183 chats domestiques retournés à l'état sauvage ont été vaccinés contre la rage et relâchés.

Le ministère a poursuivi sa campagne de sensibilisation et d'information concernant la rage par l'entremise de brochures ainsi que d'annonces dans les journaux et à la radio. Au total, 834 personnes ont demandé des renseignements sur la rage et les expositions possibles (comparativement à 1 271 appels au cours de l'exercice financier 2004-2005) en utilisant la ligne d'information sans frais sur la rage.

Virus du Nil occidental

Durant l'exercice 2005-2006, le ministère a présidé le Comité interministériel du Nouveau-Brunswick sur le virus du Nil occidental et a continué de réviser et de mettre à jour un plan de gestion de surveillance, de prévention et de contrôle du virus au fur et à mesure que de nouvelles données devenaient

evolved. Surveillance for West Nile focused on testing wild birds.

The department continued the West Nile virus education and awareness campaign with pamphlets, radio and newspaper advertisements. The toll-free West Nile Virus Information Line handled 1,607 calls from persons seeking general information, to report sightings of dead birds, or both, compared to 2,663 calls in fiscal 2004-05.

As part of provincial West Nile virus surveillance, there were 1,528 calls to report dead birds. Following an initial screening, 683 reports were investigated further. Dead birds of the target species (members of the crow family) that were in suitable condition were submitted for West Nile virus testing. A total of 263 birds were submitted for testing compared to 544 in fiscal 2004-05. As in the previous year, West Nile virus was not detected in any birds in New Brunswick in 2005.

During the summer of 2005, West Nile virus activity was detected throughout most of the United States and Canada with activity in Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and Alberta. There was one human case

disponibles. La surveillance du virus du Nil occidental consistait principalement à faire l'analyse d'oiseaux sauvages.

Le ministère a poursuivi sa campagne de sensibilisation et d'information concernant le virus du Nil occidental par l'entremise de brochures ainsi que d'annonces dans les journaux et à la radio. La ligne d'information sans frais sur le virus a reçu 1 607 appels de personnes demandant de l'information générale ou désirant signaler la présence d'oiseaux morts, ou les deux (comparativement à 2 663 au cours de l'exercice financier 2004-2005).

Dans le cadre du plan provincial de surveillance du virus du Nil occidental, on a reçu 1 528 appels pour signaler la présence d'oiseaux morts. Après un tri initial de tous ces appels, 683 cas signalés ont fait l'objet d'une vérification plus approfondie. Les oiseaux morts des espèces ciblées (appartenant à la famille des corvidés) qui étaient en bon état ont fait l'objet d'un dépistage du virus du Nil occidental. Au total, 263 oiseaux ont été analysés (comparativement à 544 pendant l'exercice 2004-2005). Tout comme l'an dernier, le virus du Nil n'a pas été décelé au Nouveau-Brunswick en 2005.

Au cours de l'été 2005, la présence du virus du Nil occidental a été détectée dans la majeure partie des États-Unis et du Canada, une activité ayant été décelée au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. Au Nouveau-Brunswick, on a signalé un cas d'infection d'une personne par

Table A-7 Provincial West Nile Virus Bird Surveillance Summary (June-September 2005)

Number of Calls to Report Dead Birds	Number Dead Bird Reports Investigated	Number Dead Birds Submitted for Testing and Test Results		
		Bird Species	Number Birds Tested	Positive Test Results
1,528	683	Crows	241	0
		Ravens	4	0
		Blue Jays	10	0
		Gray Jays	0	0
		Others	0	0
		Total	**256**	**0**

Tableau A-7 Sommaire provincial sur le virus du Nil occidental (juin à septembre 2005)

Nombre d'appels signalant des oiseaux morts	Nombre d'oiseaux morts ayant fait l'objet d'une enquête	Nombre d'oiseaux morts ayant fait l'objet d'un test et résultats des tests		
		Espèces	Nombre d'oiseaux vérifiés	Résultats positifs
1 528	683	Corneilles	241	0
		Corbeaux	4	0
		Geais bleus	10	0
		Geais du Canada	0	0
		Autres	0	0
		Total	**256**	**0**

of West Nile virus infection detected in a New Brunswick resident that was related to travel outside of the province. There were no human cases detected in fiscal 2004-05.

Promotion of Healthy Lifestyles / Healthy Families

a) Early Childhood Initiatives
Early Childhood Initiatives (ECI) is a group of seven prevention-focused health and social services programs that span a variety of services fostering the health and development of young children from conception to school entry. Client participation is voluntary.

On Nov. 28 2005, the eight Regional Health Authorities assumed responsibility for service delivery of the health related components of ECI. The Department of Family and Community Services retained responsibility for programming under their service options.

Expectant mothers eligible for services are offered individualized sessions based on their identified needs. The focus is on a healthy pregnancy, healthy choices and healthy lifestyles. Some women may also qualify for nutritional supplements. Referral to additional government or community services is done in collaboration with the client to address concerns that go beyond the program's scope.

During 2005-06, 1,717 clients were registered in the ECI Prenatal program and 7,008 professional services were delivered. Public Health nurses concentrated on providing services to expectant mothers less than 20 years old while Public Health nutritionists gave nutrition counselling to most of the women enrolled in the program. A number of clients received both nursing and nutritionist services. Eighty-nine percent of the clients receiving nutrition counselling also received supplements of milk and vitamins.

Newborn birth weight is often used as a measure of health and is considered to be a key factor in the infant's future development. Low birth weight (LBW) infants (2,500 grams or less) are thought to be at greater risk for a variety of health and developmental problems. Many factors contribute to low birth weight. In recent years, Canada and other industrialized countries have seen a gradual rise in their LBW rates. This trend has been attributed to the increasing number of pre-term and multiple births believed to be associated with a number of factors including the use of reproductive technologies.

The 2005 New Brunswick LBW rate based on all births in the province is reported to be 5.88 per cent. This rate represents a slight increase in the provincial rate and is comparable to the latest available Statistics Canada 2003 national rate of 5.8 per cent.

As part of the ECI Postnatal program, Public Health nurses screen all newborns in the days following the infant's birth. During 2005-2006, 6,719 newborns were

le virus du Nil occidental lié à un déplacement à l'extérieur de la province. Aucun cas d'infection d'une personne n'a été signalé au cours de l'exercice 2004-2005.

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains

a) Initiatives pour la petite enfance
Le programme Initiatives pour la petite enfance (IPE) est une initiative à participation volontaire qui regroupe sept programmes de soins de santé et de services sociaux visant la prévention et offrant une gamme de services axés sur la santé et le développement des jeunes enfants dès la conception jusqu'à l'intégration en milieu scolaire.

Le 28 novembre 2005, les huit régies régionales de la santé ont assumé la responsabilité pour la prestation des services liés aux composantes de l'IPE relatives à la santé. Le ministère des Services familiaux et communautaires a continué de prendre en charge l'élaboration de programmes en fonction de leurs options de service.

Des séances individualisées sont offertes aux femmes enceintes admissibles selon leurs besoins. Ces services visent une grossesse saine, des choix santé et des modes de vie sains. Certaines femmes peuvent également être admissibles à des suppléments nutritionnels. Toute préoccupation allant au-delà de la portée du programme est acheminée à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration de la cliente.

Au cours de l'exercice 2005-2006, 1 717 femmes enceintes étaient inscrites au programme prénatal des IPE et ont reçu, au total, 7 008 services professionnels. Les services de soins infirmiers de la Santé publique visaient principalement les jeunes femmes enceintes âgées de moins de 20 ans et les nutritionnistes de la Santé publique ont offert des conseils nutritionnels à la majorité des femmes inscrites au programme prénatal. Un certain nombre de clientes ont reçu à la fois des services de la part d'infirmières et de nutritionnistes. Parmi les femmes qui ont reçu des conseils en nutrition, 89 pour cent ont reçu des suppléments nutritionnels sous forme de lait et de vitamines.

Le poids à la naissance sert souvent de mesure de la santé de l'enfant, et il est considéré comme un facteur clé de son développement ultérieur. Les enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (2 500 g ou moins) sont considérés comme étant davantage susceptibles de souffrir de divers problèmes de santé et de développement. De nombreux facteurs contribuent à l'insuffisance de poids à la naissance. Au cours des dernières années, le Canada et d'autres pays industrialisés ont assisté à une hausse graduelle de leur taux de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance. Cette tendance est attribuable au nombre croissant de naissances prématurées et multiples qui semblent découler de certains facteurs dont l'utilisation de techniques de reproduction.

Le taux de faible poids à la naissance du Nouveau-Brunswick de 2005 selon toutes les naissances de la province est de 5,88 pour cent. Ce taux représente une faible augmentation du taux national et est comparable au tout dernier taux national de 5,8 pour cent rapporté par Statistique Canada (2003).

Dans le cadre du programme postnatal des IPE, les infirmières de la Santé publique évaluent tous les nouveau-nés dans les jours qui suivent la naissance. En 2005-2006, 6 719 nouveau-

assessed using the Public Health Priority Assessment (PHPA), and 32.55 per cent were considered eligible for ECI postnatal services.

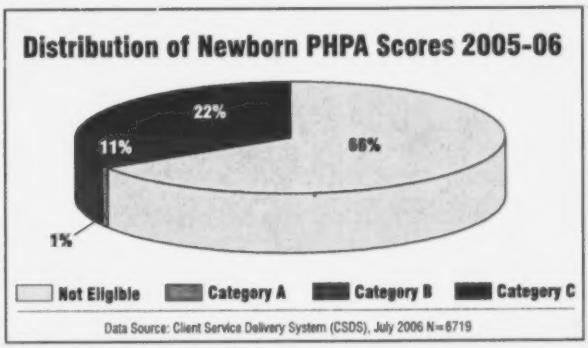
The PHPA tool uses a broad spectrum of weighted factors to determine risk of developmental delay. These factors are grouped within three main categories:

A. Congenital problems and other health challenges such as Down's Syndrome, Cerebral Palsy, congenital heart defects, cleft lip and palate, or the loss of a limb;

B. Known developmental risk factors including complications of pregnancy or birth, use of drugs or alcohol during pregnancy, and family history of health challenges such as deafness;

C. Family interaction factors include, among others, maternal age, family support, financial resources or mental illness in one or both parents, educational status, and history of family violence.

Chart 1 depicts the distribution of the PHPA newborn screening results within each of the PHPA categories for 2005-06.



Eligible families may receive nutritional supplements for a limited period of time following the birth of a newborn. In 2005-06, more than 2,046 postnatal clients received nutritional supplements.

Postnatal services focus on fostering healthy growth and development of infants and children; enhancing parenting abilities; nurturing family resiliency; and increasing community capacity. Services may be provided in a number of venues however the majority of visits occur in the client's home. Referrals to additional government and/or community services are completed in collaboration with the parent or guardian in response to a particular need of the child. Public Health nurses also collaborate with parents and service providers to facilitate transition to school by transferring pertinent ECI client information to the Department of Education.

During 2005-06, 6,046 infants and children received postnatal services and 2,332 new clients were enrolled in the program. In addition to Public Health nursing visits and nutritionist counselling services (excluding supplements), there were 1,330 referrals to Early Intervention, 423 to Integrated Day Care, and 254 to

nés ont été évalués à l'aide de l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP) et 32,55 pour cent ont été considérés admissibles aux services postnataux des IPE.

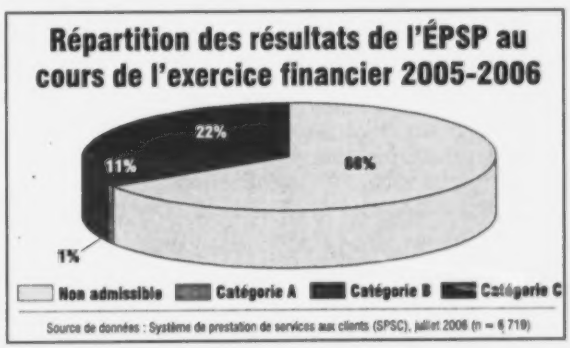
L'outil d'évaluation des priorités (ÉPSP) tient compte d'une grande variété de facteurs pondérés pour déterminer les risques de retard du développement. Ces facteurs sont regroupés en trois grandes catégories :

A. des problèmes congénitaux et autres problèmes de santé tels que le syndrome de Down, l'infirmité motrice cérébrale, les anomalies cardiaques congénitales, le bec de lièvre et la fente palatine, la perte d'un membre;

B. des facteurs de risque connus en matière de développement, y compris les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse, des antécédents familiaux de problèmes de santé tels que la surdité;

C. des facteurs liés à l'interaction familiale qui comprennent l'âge de la mère, le soutien familial, les ressources financières, la maladie mentale de l'un des parents ou des deux, le niveau d'instruction, les antécédents de violence familiale.

Le graphique 1 illustre la répartition des résultats de l'examen des nouveau-nés à l'aide de l'ÉPSP pour chaque catégorie de l'ÉPSP pour l'exercice 2005-2006.



Les familles admissibles peuvent recevoir des suppléments nutritionnels pendant une période limitée suivant la naissance d'un bébé. En 2005-2006, plus de 2 046 clients des services postnataux ont reçu des suppléments nutritionnels.

Les services postnataux visent à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement sains des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Ces services peuvent être offerts de diverses façons; cependant, la plupart des visites se font au domicile du client. Les besoins particuliers d'un enfant peuvent être signalés à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration du parent ou du tuteur. Les infirmières de la Santé publique collaborent avec les parents et les fournisseurs de services pour faciliter la transition à l'école en transférant tous les renseignements pertinents sur le client du programme IPE au ministère de l'Éducation.

En 2005-2006, 6 046 bébés et enfants ont reçu des services postnataux des IPE et 2 332 nouveaux clients ont été inscrits au programme. En plus des visites des infirmières de la Santé publique et des services de consultation des nutritionnistes (à l'exclusion des suppléments), 1 330 cas ont été aiguillés vers le service d'intervention précoce, 423 aux services intégrés

the Day Care Assistance Program.

Public Health plays a significant role in the support to Child Protection Services. During the year, Public Health nurses and Child Protection social workers worked collaboratively to deliver services to 903 children under the Child Protection/ECI joint service agreement.

3.5 Year Old Clinics
Services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all children and are part of the ECI complement of programs. Multiple aspects of the child's growth and development are assessed during the clinic visit and healthy lifestyle practices such as nutrition, immunization and child safety are discussed. The Nipissing District Developmental Screen® (NDDS) offers an easy way for parents to discuss their child's developmental abilities with the Public Health nurse and includes an age appropriate activities tear sheet for parents to take home. Should additional professional services be required, Public Health nurses are able to refer with the parent's consent. The 3.5 Year Old Health Clinic provides the second universal screening opportunity for referral to the ECI program.

In 2005-06, 6,649 children attended these clinics. Public Health nurses completed 7,238 assessments (some children required a second visit), and made 2,017 referrals for further assessment of vision, hearing and speech.

Breastfeeding
Recognizing the many benefits of breastfeeding, the Department of Health on Jan. 17, 2006, announced the adoption of the WHO/UNICEF evidenced-based Baby Friendly™ Initiative (BFI) as its means of protecting, promoting and supporting breastfeeding within New Brunswick. Public Health leads this initiative in collaboration with Hospital Services and in conjunction with the New Brunswick BFI Advisory Committee. Measures were initiated to build upon the BFI efforts already under way in hospitals, Public Health offices and Community Health Centres across the province.

As depicted in Table A-8, provincial trends show a gradual increase in babies being breastfed at birth. In 2005-06, 71.05 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding, representing a 12 percentage point increase since 1995. However, New Brunswick remains below the 1998-99 national initiation rate of 81.9 per cent (Health Canada: Canadian Perinatal Health Report, 2003). Breastfeeding duration rates are not currently collected on a yearly basis for the province although the latest available information from The Health Indicators Report (CIHI, 2005) indicates that in 2003 only 25.7 per cent of infants were breastfed at four months as compared to the national rate of 48.3 per cent.

de garderie et 254 au programme d'aide pour les services de garderie.

La Santé publique joue un rôle important en assurant le soutien des Services de protection de l'enfance. Au cours de l'exercice, les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux des Services de protection de l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 903 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme d'IPE.

Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi
Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants et font partie des programmes complémentaires des IPE. Pendant la visite à la clinique, les évaluations portent sur de nombreux aspects de la croissance et du développement de l'enfant, comme l'alimentation, l'immunisation et la sécurité de l'enfant. Le questionnaire de dépistage du district de Nipissing (QDDN) constitue un moyen facile pour les parents qui désirent discuter des capacités de développement de leur enfant avec l'infirmière de la Santé publique. De plus, les parents se voient remettre un feuillet d'activités en fonction de l'âge qu'ils peuvent apporter à la maison. Au besoin, les infirmières de la Santé publique peuvent, avec le consentement des parents, aiguiller l'enfant vers d'autres services professionnels. La clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi constitue le deuxième programme universel d'évaluation et d'aiguillage vers le programme des IPE.

En 2005-2006, 6 649 enfants se sont présentés à ces cliniques. Les infirmières de la Santé publique ont effectué 7 238 évaluations (certains enfants ont dû revenir une deuxième fois) et ont aiguillé 2 017 enfants vers d'autres professionnels pour des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

Allaitement
Reconnaissant les nombreux bienfaits de l'allaitement, le 17 janvier 2006, le ministère de la Santé a adopté l'Initiative des amis des bébés^MC de l'Organisation mondiale de la santé/ UNICEF qui vise à protéger, à promouvoir et à appuyer l'allaitement maternel au Nouveau-Brunswick. La Santé publique dirige cette initiative fondée sur des preuves en collaboration avec les services hospitaliers et avec le concours du Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés^MC du Nouveau-Brunswick. Des mesures ont été prises pour tirer parti des efforts actuellement en cours dans les hôpitaux, les bureaux de santé publique et les centres de santé communautaires de la province.

Comme le montre le tableau A-8, la tendance provinciale montre une augmentation progressive du nombre de bébés qui sont allaités à la naissance. En 2005-2006, 71,05 pour cent des mères néo-brunswickoises ont choisi l'allaitement maternel, ce qui représente une augmentation de 12 pour cent par rapport à 1995. Cependant, le Nouveau-Brunswick reste au-dessous de la première moyenne nationale de 1998-1999 de 81,9 pour cent. (Santé Canada : Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003). Les taux portant sur la durée de l'allaitement ne sont actuellement pas recueillis chaque année pour la province même si les dernières données provenant du rapport des indicateurs de rendement en matière de santé (ICIS, 2005) indiquent que, en 2003, seulement 25,7 pour cent des nourrissons étaient allaités à l'âge de quatre mois comparativement au taux national de 48,3 pour cent.

Table A-8 Percent of New Brunswick Newborns Breastfed at Birth April 1, 1995 to March 31, 2006

Year	%
95-96	59
96-97	63
97-98	63
98-99	65
99-00	65
00-01	66
01-02	69
02-03	69
03-04	69
04-05	71
05-06	71

Data Sources: Obtained from PHPA recorded in HNIC prior to 1999, and CSDS since July 1999

b) Healthy Learners in School Program

The Healthy Learners in School Program, introduced in September 2000, was jointly developed by the Departments of Health and Education. The purpose is to promote the development of health promotion and prevention initiatives to improve student wellness. The aim is to promote interventions that will support students in healthy decision making before they are in crisis.

Health Advisory Committees are made up of the Healthy Learners Program Public Health nurse, educators, parents, students and community members. Each year, the committee identifies health priorities, develops comprehensive action plans and works together to implement strategies to encourage healthy lifestyles and supportive, healthy environments. Public Health nurses with the program also provide support to the development and implementation of health curricula by districts and schools.

In 2005-06, districts continued to address a range of priorities, with the majority involving promotion of healthy eating, physical activity, and emotional well-being as well as supporting Tobacco-free Schools' initiatives.

Activities range from development of community partnerships to support schools or access new resources, provision of education sessions for students, parents and teachers, provision of health resources (e.g., health fairs), to youth engagement, support for tobacco-free schools and implementation of the Department of Education's Healthier Foods and Nutrition in Public Schools policy announced in October 2005.

c) Sexual Health Program

Using a comprehensive approach, the department's Sexual Health Program aims to improve, support and maintain the healthy sexuality of New Brunswick youth. The program aims to reduce the incidence of unplanned pregnancies and sexually transmitted infections in New Brunswick youth. Program components include education, counseling and clinical services to youth under the age of 25. Parents/

Tableau A-8 Pourcentage de nouveau-nés du Nouveau-Brunswick nourris par allaitement maternel à la naissance du 1er avril 1995 au 31 mars 2006

Année	%
1995-1996	59
1996-1997	63
1997-1998	63
1998-1999	65
1999-2000	65
2000-2001	66
2001-2002	69
2002-2003	69
2003-2004	69
2004-2005	71
2005-2006	71

Sources de données : Tiré de l'ÉPSP enregistré dans HNIC avant 1999, et du SPSC depuis juillet 1999.

b) Programme Apprenants en santé à l'école

Le programme Apprenants en santé à l'école, lancé en septembre 2000, a été élaboré conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation. Le but du programme est de promouvoir l'élaboration de programmes de prévention et de promotion de la santé afin d'améliorer le mieux-être des élèves. Il vise à encourager les interventions qui appuieront les élèves dans la prise de décisions saines avant qu'ils se trouvent en état de crise.

Les comités consultatifs en matière de santé regroupent les infirmières de la Santé publique du programme Apprenants en santé, les éducateurs, les parents, les élèves et les membres de la collectivité. Chaque année, le comité détermine les priorités en matière de santé, élabore des plans d'action exhaustifs et travaille en collaboration afin de mettre en œuvre des stratégies favorisant un mode de vie et des milieux positifs et sains. Les infirmières de la Santé publique du programme appuient aussi l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'hygiène par les districts et les écoles.

En 2005-2006, les districts ont accordé la priorité à la promotion d'une alimentation saine, à l'activité physique, au bien-être émotionnel ainsi qu'aux initiatives visant des écoles sans fumée.

Les activités variaient de la création de partenariats communautaires visant à soutenir les écoles ou à offrir de nouvelles ressources; la présentation de séances d'information pour les élèves, les parents et les enseignants; la fourniture de ressources en matière de santé (salons santé); la participation des jeunes; l'appui des politiques visant des écoles sans fumée et la mise en œuvre de la politique sur la nutrition et l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire du ministère de l'Éducation annoncée en octobre 2005.

c) Programme de santé sexuelle

Misant sur une approche exhaustive, le Programme de santé sexuelle du ministère vise à améliorer et à soutenir la santé sexuelle des jeunes néo-brunswickois en plus d'en favoriser le maintien. Le programme a pour but de réduire l'incidence des grossesses imprévues et des infections transmises sexuellement chez les jeunes du Nouveau-Brunswick. Les composantes du programme offrent de l'information, du counseling et des services cliniques aux jeunes âgés de moins de 25 ans. Les

guardians may access the program for education and counseling services. Professionals who work with youth may access education information and resources as well. Services are provided through seven regional Sexual Health Centres along with additional outreach services to rural areas of the region.

Education is one of the main components of the Sexual Health program. Sound, current and age-appropriate sexual health education is the foundation upon which the Sexual Health Program is built.

In fiscal 2005-06, there were 11,570 clients who accessed the regional sexual health centres, of which 2,158 were new clients. Clinical services (sexual health related examinations/tests by a nurse and/or physician) were received by 11,645 clients. There were 446 group education sessions that reached approximately 14,244 people. In addition to these services, Public Health responded to approximately 1,559 requests for sexual health related resources/information from parents, students and professionals.

d) Injury / Disease Prevention Initiatives

1. Tobacco

Figures for 2005 (Canadian Tobacco Use Monitoring Survey) indicate that 22 per cent of New Brunswickers age 15 and older smoke, which is down from 24 per cent the previous year. Figures show that 18 per cent of youth aged 15-19 years are current smokers, while the figure increases to 30 per cent for youth aged 20-24 years.

Tobacco control initiatives have been identified as a key component to improve population health under the Provincial Health Plan. In October 2004, the province implemented the provincial *Smoke-free Places Act* The legislation includes a complete ban on smoking in all enclosed public places and indoor workplaces in the province, with the exception of group living facilities and tourist accommodation facilities which can designate smoking rooms.

The Act is enforced through a coordinated approach between Public Health inspectors, liquor licence inspectors with the Department of Public Safety, and health and safety inspectors with the Workplace Health, Safety and Compensation Commission. A toll-free information line also provided a single entry point for people to report violations of the Act. During the year, the number of complaints declined substantially as consumers and owners became familiar with the requirements of the Act (from a total of 156 complaints in the first six months of fiscal 2004-05 to 65 for the entire 2005-06 fiscal year).

parents ou tuteurs peuvent accéder à de l'information sur l'éducation et les services de counseling grâce au programme. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes peuvent également accéder à l'information et aux ressources relatives à l'éducation. Les services sont offerts par l'entremise de sept centres de santé sexuelle régionaux, en plus des services d'extension qui sont offerts aux zones rurales des diverses régions.

L'éducation constitue l'un des principaux éléments du Programme de santé sexuelle. Une éducation solide, actuelle et convenant aux jeunes en matière de santé sexuelle est le fondement du Programme de santé sexuelle.

Au cours de l'exercice financier 2005-2006, 11 570 clients ont accédé aux centres régionaux de santé sexuelle et, de ce nombre, 2 158 étaient de nouveaux clients. Environ 11 645 clients ont bénéficié de services cliniques (examens et tests ayant trait à la santé sexuelle effectués par une infirmière ou un médecin). Les 446 séances d'information de groupe ont été suivies par environ 14 244 personnes. En plus de ces services, la Santé publique a répondu à environ 1 559 demandes de ressources et d'information relatives à la santé sexuelle provenant des parents, des élèves et des professionnels.

d) Initiatives de prévention des blessures et des maladies

1. Tabagisme

Les chiffres de 2005 (l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada) indiquent que 22 pour cent des gens du Nouveau-Brunswick âgés de 15 ans et plus fument, ce qui représente une diminution comparativement à 24 pour cent l'année précédente. Les chiffres indiquent qu'au Nouveau-Brunswick, 18 pour cent des jeunes de 15 à 19 ans fument. Pour le groupe des 20 à 24 ans, le taux est de 30 pour cent.

Les mesures de lutte contre le tabagisme ont été précisées comme un volet clé pour améliorer la santé de la population dans le Plan provincial de la santé. En octobre 2004, le gouvernement provincial a mis en œuvre la *Loi sur les endroits sans fumée*. La *Loi* comprend une interdiction complète de fumer dans les endroits publics fermés et dans les lieux de travail intérieurs dans la province, à l'exception des établissements où les gens vivent en groupe et des établissements d'hébergement touristiques qui peuvent désigner des chambres fumeurs.

La *Loi* est appliquée à l'aide d'une approche coordonnée entre les inspecteurs en Santé publique, les inspecteurs des permis du contrôle de l'alcool du ministère de la Sécurité publique et les inspecteurs de l'hygiène et de la sécurité de la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents du travail. Une ligne d'information sans frais offre aussi un point d'entrée unique que les gens peuvent utiliser pour signaler des infractions à la *Loi*. Au cours de l'année, le nombre de plaintes a diminué de façon importante puisque les consommateurs et les propriétaires se sont familiarisés avec les exigences de la *Loi* (le nombre est passé de 156 plaintes au cours des six premiers mois de l'exercice 2004-2005 à 65 pour tout l'exercice 2005-2006).

Complaints under *Smoke Free Places Act*		
DEPARTMENT	**Oct – March 2004-05**	**April – March 2005-06**
Public Health	56 (35%)	41 (63%)
Public Safety	75 (48%)	10 (15%)
WHSCC	25 (16%)	14 (22%)
Total complaints	**156**	**65**

The New Brunswick Anti-Tobacco Coalition, a cooperative effort between non-government organizations, government departments and Regional Health Authority personnel, was launched in September 2001. The goal of the Coalition is to formalize and strengthen collaborative action on key objectives of the Anti-Tobacco Strategy. As this effort directly contributes to the strategic directions and activities of the Wellness Strategy, announced in January 2006, support for the Coalition now is through the Wellness Strategy.

A major focus of the Coalition has been the Tobacco-Free Schools initiative. In order to support progress being made on achieving 100 per cent tobacco free school grounds, the Department of Health in 2002 initiated a three-year grant program for schools that had developed a comprehensive action plan to become 100 per cent tobacco free. Public Health nurses with the Healthy Learners in School Program have been actively involved in supporting schools across the province in these efforts. Initiatives have included awareness campaigns, development and purchasing of resources, signage, cessation programs, and even the creation of active and welcoming outdoor spaces for students as an alternative to smoking areas which have been eliminated. In 2005-06, funding was made available to 59 high schools.

The Coalition has also been active in the development of a cessation support network that can provide a range of supports to smokers who wish to quit. This involves a range of partners, including the New Brunswick Medical Society, the Nurses Association of New Brunswick, other health professional groups, Addiction Services, Public Health and the Canadian Cancer Society.

A contribution from the Wellness Strategy helped fund a workshop for representatives of Regional Health Authorities to support their efforts to build comprehensive cessation networks at the regional level.

The *Tobacco Sales Act* regulates how and to whom tobacco products are sold. Compliance checks and decoy buys (enforcement checks) continue to be carried out to ensure tobacco products are not sold to anyone under age 19. A total of 1,472 compliance checks were conducted and subsequent "decoy buys" were undertaken with a compliance rate of approximately 90 per cent in both cases. These efforts resulted in three charges being laid.

Plaintes en vertu de la *Loi sur les endroits sans fumée*		
MINISTÈRE	**Octobre à mars 2004-2005**	**Avril à mars 2005-2006**
Santé publique	56 (35 %)	41 (63 %)
Sécurité publique	75 (48 %)	10 (15 %)
CSSIAT	25 (16 %)	14 (22 %)
Total de plaintes	**156**	**65**

La Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick, un effort collectif entre les organismes non-gouvernementaux, les ministères du gouvernement et les régies régionales de la santé, a été lancée en septembre 2001. La coalition a pour but d'officialiser et de consolider les efforts collectifs en ce qui concerne les principaux objectifs de la stratégie antitabac. Puisque ces efforts contribuent directement aux directions et aux activités stratégiques de la Stratégie du mieux-être annoncée en janvier 2006, le soutien de la coalition est maintenant assuré par la Stratégie du mieux-être.

La coalition s'est concentrée principalement sur les projets d'écoles sans fumée. Afin d'appuyer les progrès vers des terrains d'écoles entièrement sans fumée, le ministère de la Santé a lancé en 2002 un programme de subvention de trois ans pour les écoles qui ont élaboré un plan d'action global pour devenir des écoles sans fumée à 100 pour cent. Les infirmières de la Santé publique du programme Apprenants en santé à l'école ont appuyé activement les écoles de la province dans ces efforts. Les efforts comprenaient des campagnes de sensibilisation, la mise au point et l'achat de ressources, des affiches, des programmes de renoncement au tabac, et même la création d'espaces en plein air dynamiques et accueillants pour les élèves afin de remplacer les zones fumeurs qui avaient été éliminées. En 2005-2006, des fonds ont été offerts à 59 écoles secondaires.

La coalition a également participé activement à l'établissement d'un réseau de soutien pour l'abandon du tabac qui offre différentes mesures d'aide aux fumeurs qui désirent arrêter de fumer. Plusieurs partenaires participent à ce travail, dont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et de nombreux autres groupes de professionnels de la santé, dont les Services de traitement des dépendances, la Santé publique et la Société canadienne du cancer.

Une contribution de la Stratégie du mieux-être a permis de financer un atelier à l'intention des représentants des régies régionales de la santé afin d'appuyer leurs efforts de création de réseaux de renoncement au tabac étendus à l'échelle régionale.

La *Loi sur les ventes de tabac* réglemente la méthode de vente et détermine à qui peuvent être vendus les produits du tabac. Des vérifications de conformité et des achats leurres (vérifications de l'application) continuent d'être effectués pour s'assurer que les produits du tabac ne sont pas vendus aux jeunes âgés de moins de 19 ans. Au total, 1 472 vérifications de conformité ont été effectuées suivies d'achats leurres pour obtenir un taux de conformité d'environ 90 pour cent dans les deux cas. Ces efforts ont mené à trois accusations.

2. Healthy Eating

Public Health nutritionists provided information on healthy eating using a wide range of activities and settings including public education, information to health professionals, community action groups and consultation services. Partnership building and collaboration are key components for achieving healthy eating objectives for the New Brunswick population. Partners include Community Action Program for Children/Canada Prenatal Nutrition Program (CAPC/CPNP), the Canadian Diabetes Strategy, the Department of Family and Community Services (Prenatal Benefit Program), Department of Education, Provincial Breastfeeding Advisory Committee and the Healthy Eating and Physical Activity Coalition of New Brunswick (HEPAC). Collaboration with other provinces and territories to promote healthy eating and physical activity is also happening through different channels.

Public Health nutritionists provided support to the Healthy Learners in School program. Assistance was provided to individual school districts in the development of nutrition guidelines and regulations and to the Department of Education in developing the provincial school nutrition policy. Information was provided on food, nutrition and food safety as part of the *Healthy Minds* school nutrition program as well as for other school-based initiatives. Public Health nutritionists provided information on healthy eating, school breakfast programs, school lunches, snacks and food safety to parents and teachers.

3. Dental Health

In collaboration with the school districts, Public Health has been offering a preventative dental Fluoride Mouthrinse Program to elementary schools across New Brunswick since 1979. The mouthrinse program is a voluntary program that requires parental consent and it is conducted on a weekly basis to students in grades K to 5.

4. Wellness

A dedicated unit for Wellness was established and a Wellness Co-ordinator was recruited to lead the unit. A Wellness Strategy Action Plan was released describing government's multi-year Wellness Strategy for the Province. Five strategic directions which guided the Wellness Strategy included partnership and collaboration, community development, promotion of healthy lifestyles, research/evaluation, surveillance, and healthy public policy. Initiatives focused on increasing physical activity, promoting good nutrition and healthy eating, preventing and reducing tobacco use, and fostering mental health and resiliency.

A number of initiatives were undertaken including:

- A healthy food grant program for middle schools;
- Active communities grant program to promote and provide opportunities for New Brunswickers to engage in physical activity.

2. Alimentation saine

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur les saines habitudes alimentaires à l'aide de diverses activités et dans plusieurs milieux, y compris l'information au public, les renseignements aux professionnels de la santé, les groupes d'action communautaire et les services de consultation. La création de partenariats et d'entente de collaboration constitue un élément essentiel à la réalisation des objectifs d'une alimentation saine pour la population du Nouveau-Brunswick. Les partenaires comprennent : le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale (PACE/PCNP), la Stratégie canadienne sur le diabète, le programme de prestations prénatales du ministère des Services familiaux et communautaires, le ministère de l'Éducation, le Comité consultatif provincial sur l'allaitement et la Coalition pour une alimentation saine et l'activité physique (CASAP). La collaboration avec les autres provinces et territoires pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique est également assurée par l'entremise d'autres moyens.

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'information dans le cadre du programme Apprenants en santé à l'école. Elles ont fourni de l'aide à chaque district scolaire pour l'élaboration de lignes directrices et de règlements sur la nutrition et au ministère de l'Éducation pour l'élaboration de la Politique provinciale de nutrition en milieu scolaire. Elles ont fourni de l'information sur les aliments, la nutrition et la salubrité des aliments dans le cadre de l'Initiative santé ainsi que d'autres initiatives en milieu scolaire. Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur une alimentation saine, le programme de petits déjeuners à l'école, les déjeuners à l'école, les goûters et la sécurité alimentaire à l'intention des parents et du personnel enseignant.

3. Hygiène dentaire

En collaboration avec les districts scolaires, la Santé publique offre un programme de rinçage buccal au fluorure dans les écoles élémentaires de la province du Nouveau-Brunswick depuis 1979. Il s'agit d'un programme volontaire qui exige le consentement des parents et qui a lieu une fois par semaine pour les élèves de la maternelle à la 5e année.

4. Mieux-être

Une équipe sur le mieux-être a été créée et un coordinateur du mieux-être a été recruté pour diriger l'équipe. Un plan d'action décrivant la Stratégie du mieux-être du gouvernement, qui s'échelonne sur plusieurs années, a été dévoilé. Les partenariats et la collaboration; le développement communautaire; la promotion de styles de vie sains; la recherche, l'évaluation et la surveillance et les politiques gouvernementales axées sur la santé sont les cinq orientations stratégiques qui ont guidé la Stratégie du mieux-être. Les initiatives de la stratégie étaient axées sur l'activité physique, la promotion d'une bonne nutrition et d'une saine alimentation, la prévention et la réduction du tabagisme et la promotion d'une bonne santé mentale et d'un bon ressort psychologique.

Voici certaines des initiatives entreprises :

- Un programme de subventions à la saine alimentation pour les écoles secondaires premier cycle.
- Le Programme de subventions – Communautés actives qui vise à donner des occasions aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises de participer à des activités physiques et à faire la promotion de telles activités.

- A mental health support program for youths in grades 6-12 who are experiencing difficulties.
- Tobacco-free schools grant programs to enhance efforts to prevent and reduce tobacco use.
- Implementation of a Baby-Friendly™ program in the province that was directed to promote, support and protect breastfeeding.
- Continued support was provided to community groups or organizations, including the Pediatric Weight Management Clinic developed by the University of New Brunswick, the Healthy Eating and Physical Activity Coalition and the Youth Council of New Brunswick.
- A social awareness campaign was launched to encourage New Brunswickers to pursue and maintain healthy lifestyles.
- In the area of research, resources were made available to establish a multi-year surveillance and evaluation program that would monitor the progress of children and youth in the areas of physical activity, healthy eating, mental health and resiliency, and tobacco use

Mental Health Prevention/Promotion Initiatives

Several programs managed and/or supported by the Addiction and Mental Health Services Division focus on prevention and promotion activities. These include 25 consumer-run activity centres that are located throughout the province. They engage in a variety of activities, according to local needs and interests. They promote community integration by providing social, vocational, recreational and advocacy activities. They help people become more independent of formal services by means of peer support, education, and mutual self-help. During the 2005-06 fiscal year, the 25 activity centres received 1,841 distinct attendees, which represents a one per cent increase in the number of individual attendees from the previous fiscal year. In addition, there are two Clubhouses, one in Saint John and one in Fredericton, where mental health consumers work in partnership with professionals to provide meaningful, structured, pre-vocational and vocational activities.

Addiction and Mental Health Services Division, in partnership with the Canadian Mental Health Association, offers the Journey of Hope program. Journey of Hope helps the family members of people with mental illness, as well as the professionals or paraprofessionals involved in their care, to learn the facts about mental illnesses and learn how to cope with problems related to the illness in a family member. Since 2001, more than 42 people have been trained to facilitate the program. In 2005-06, 99 family members, 104 professionals and paraprofessionals, and five clients took the Journey of Hope program.

The prevention and promotion component also includes a critical incident stress response program, which is intended to help alleviate stress trauma due to a tragic occurrence. In 2005-06, regionally based Critical Incident Stress Management (CISM) teams were called upon to provide services to 475 individuals. Emergency services personnel were also involved in 60

- Un programme de soutien en matière de santé mentale s'adressant aux jeunes de la 6e à la 12e année qui éprouvent des difficultés.
- Les programmes de subventions pour les Écoles sans fumée qui cherchent à prévenir et à réduire le tabagisme.
- La mise en œuvre dans la province de l'Initiative Ami des bébés MC axée sur la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement.
- L'appui continu accordé aux groupes ou organismes communautaires, y compris le Pediatric Weight Management Clinic de l'Université du Nouveau-Brunswick, la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique et le Conseil consultatif de la jeunesse du Nouveau-Brunswick.
- Le lancement d'une campagne de sensibilisation afin d'encourager la population du Nouveau-Brunswick à poursuivre et à maintenir un style de vie sain.
- Dans le domaine de la recherche, des ressources ont été accordées pour l'établissement d'un programme pluriannuel d'évaluation et de surveillance qui observerait le progrès des enfants et des jeunes en ce qui concerne l'activité physique, la saine alimentation, la santé mentale et le ressort psychologique ainsi que le tabagisme.

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés ou appuyés par la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale sont axés sur les activités de prévention et de promotion. On compte parmi ces programmes, 25 centres d'activités gérés par les consommateurs qui sont situés dans l'ensemble de la province, et qui participent à diverses activités selon les besoins et les intérêts locaux. Ils favorisent l'intégration communautaire en offrant des activités sociales, professionnelles, récréatives et de promotion des droits. Ils aident les gens à devenir plus autonomes vis-à-vis des services officiels en leur offrant un soutien par les pairs, de l'information et de l'entraide. Au cours de l'exercice 2005-2006, les 25 centres d'activités ont accueilli 1 841 participants distincts, ce qui représente une augmentation de un pour cent par rapport à l'exercice financier précédent. De plus, il y a deux clubs, un à Saint John et un à Fredericton, où les consommateurs de la santé mentale travaillent en partenariat avec des professionnels pour offrir des activités professionnelles et préprofessionnelles structurées et valables.

La Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale, en partenariat avec l'Association canadienne pour la santé mentale, offre le programme Journey of Hope (voyage de l'espoir). Ce programme aide les membres de la famille des personnes ayant une maladie mentale, ainsi que les professionnels et les paraprofessionnels qui participent à leurs soins, à se renseigner sur les faits concernant les maladies mentales et sur la façon de traiter les problèmes liés à la maladie chez un membre de la famille. Depuis 2001, plus de 42 personnes ont suivi une formation pour animer le programme. En 2005-2006, 99 membres de la famille, 104 professionnels et paraprofessionnels et cinq clients ont suivi le programme Le voyage de l'espoir.

Le volet de la prévention et de la promotion comprend aussi un programme de gestion du stress en cas d'incident critique ayant pour but d'atténuer le stress traumatique causé par un événement tragique. En 2005-2006, des équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique ont fourni des services à 475 personnes. Le personnel des services d'urgence a participé à 60 séances de bilan et de désamorçage sur divers

debriefing and defusing sessions related to various traumatic incidents such as road traffic accidents leading to deaths, attempted suicides and suicides, fire, threats and assaults.

Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's three main components are prevention, intervention, and post-vention. A Provincial Suicide Prevention Committee advises the Addiction and Mental Health Services Division with regard to suicide prevention activities. There are also 13 regional suicide prevention committees with representatives from various government departments, and non-profit and private agencies.

The main goal of these regional committees is to educate and promote the well-being of the population through achieving a better understanding of the complexity of suicide. Some activities in place to achieve this goal are:

a) suicide prevention month
b) radio and TV advertisement
c) workshops on suicide awareness
d) workshops on suicide prevention in schools

In addition to the Suicide Prevention Program, the department is supporting a suicide research project, examining the circumstances surrounding all deaths by suicides and some suicide attempts in New Brunswick between April 1, 2002, and May 31, 2003. The research is being conducted in collaboration with the Chief Coroner's Office, and researchers from the Fernand-Séguin Institute in Montreal. The findings of the research surrounding all death by suicides are accessible at the following website:

http://www.gnb.ca/0051/pub/index-e.asp

The analysis of the data surrounding the suicide attempts is still in progress.

incidents traumatiques comme des accidents mortels de la route, des tentatives de suicide, des suicides, des incendies, des menaces et des agressions.

Le Programme de prévention du suicide est une autre initiative. Il comprend trois volets : la prévention, l'intervention et la postvention. Un Comité provincial de prévention du suicide conseille la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale sur les activités de prévention du suicide. La province compte aussi 13 comités régionaux de prévention du suicide formés de représentants de divers ministères et organismes à but non lucratif et du secteur privé.

Ces comités régionaux ont pour but principal de promouvoir le mieux-être de la population et sensibiliser celle-ci au moyen d'une meilleure compréhension de la complexité du suicide. Certaines activités mises en place permettent d'atteindre ce but :

a) mois de la prévention du suicide;
b) annonces à la télévision et à la radio;
c) ateliers de sensibilisation au suicide;
d) ateliers de prévention du suicide dans les écoles.

En plus du Programme de prévention du suicide, le ministère appuie un projet de recherche sur le suicide qui examine les circonstances entourant les décès par suicide et certaines tentatives de suicide au Nouveau-Brunswick qui ont eu lieu entre le 1er avril 2002 et le 31 mai 2003. La recherche est effectuée en collaboration avec le Bureau du coroner en chef et des chercheurs de l'Institut Fernand Séguin à Montréal. Les conclusions de la recherche concernant tous les décès par suicide sont accessibles sur le site Web suivant :

http://www.gnb.ca/0051/pub/index f.asp.

L'analyse des données concernant les tentatives de suicide est toujours en cours.

CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE

Ambulance Services

The department is responsible for the development and maintenance of a balanced and effective network of land and air ambulance services, supported by a centralized dispatch system.

The Ambulance Service Branch focused on several key areas in fiscal 2005-06, including:

- enhancement of paramedic training,
- addition of on site hours, and
- upgrading of the Air, Land and Central Dispatch systems.

Land Ambulance System

Key Objectives

- establish annual service contracts for specific coverage areas and costs;
- set performance goals, and
- provide on-going operational monitoring.

The provincial ambulance system is comprised of a mix of services including Regional Health Authorities (RHAs), private for-profit, private not for profit, municipal and community-based volunteer boards. In fiscal 2005-06, 39 ambulance operators were responsible for the operation of 54 ambulance services. Collectively, they employ approximately 870 ambulance personnel and operate 120 ambulances from 71 stations.

Ambulances are deployed in response to calls placed over the New Brunswick 9-1-1 system and to transport patients between health care facilities. The total call volume for both 9-1-1 response and inter-hospital transfers has been increasing steadily over the past five years. On an annual basis, inter-hospital transfers contribute between 22 and 25 per cent of the ambulance call volume in the province.

Calls per Age groups:
While the population of individuals over the age 65 is about 13.7 per cent in NB, this age group accounts for 53 per cent of ambulance utilization. As the population continues to age, demand for ambulance services is expected to continue to increase.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRESTATION DE SOINS

Services d'ambulance

Le ministère est chargé de la mise sur pied et du maintien d'un réseau équilibré et efficace de services d'ambulance aérienne et terrestre, appuyé par un système central de répartition.

La Direction des services d'ambulance s'est concentrée sur plusieurs secteurs clés au cours de l'exercice financier 2005-2006, notamment :

- l'amélioration de la formation des travailleurs paramédicaux;
- l'ajout d'un nombre d'heures sur place;
- la mise à niveau des systèmes de répartition centrale des ambulances aériennes et des ambulances terrestres.

Réseau d'ambulances terrestres

Principaux objectifs :

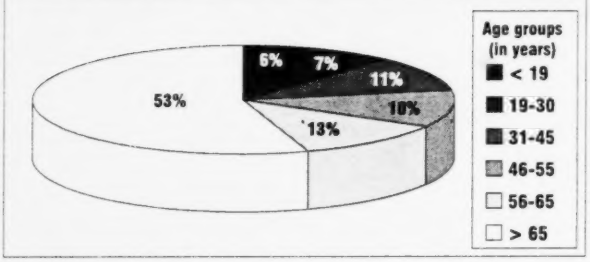
- établir des contrats de services annuels pour des zones de couverture particulière et en déterminer les coûts;
- établir des objectifs de rendement;
- assurer une surveillance opérationnelle continue.

Le réseau provincial de services d'ambulance est composé d'un ensemble de services, y compris les régies régionales de la santé (RRS), des organismes privés à but lucratif, des organismes privés sans but lucratif et des conseils municipaux et communautaires composés de bénévoles. Au cours de l'exercice 2005-2006, 39 exploitants d'ambulance ont été chargés de l'exploitation de 54 services d'ambulance. Collectivement, ils emploient environ 870 employés d'ambulance et exploitent 120 ambulances à partir de 71 stations.

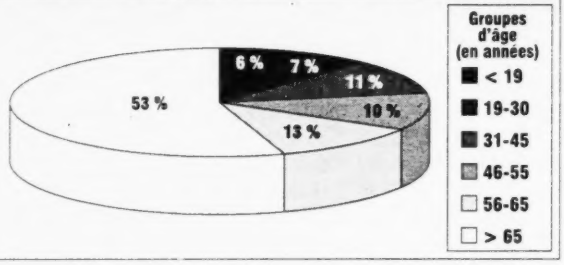
Les ambulances sont réparties en réponse aux appels effectués à l'aide du système 911 du Nouveau-Brunswick et transportent également des patients entre les établissements de soins de santé. Le nombre total d'appels pour les interventions du 911 et de transferts entre les hôpitaux a augmenté constamment au cours des cinq dernières années. Sur une base annuelle, les transferts entre les hôpitaux représentent de 22 à 25 pour cent du nombre d'appels des services d'ambulance dans la province.

Appels par groupe d'âge :
Même si le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est d'environ 13,7 pour cent au Nouveau-Brunswick, ce groupe d'âge représente 53 pour cent de l'utilisation des services d'ambulance. À mesure que la population continue de vieillir, la demande de services d'ambulance devrait continuer d'augmenter.

Calls per age group 2005-2006



Appels par groupe d'âge, 2005-2006



User Fees

On April 1, 2005, user fees for New Brunswick residents requiring ambulance services within the province were discontinued. The goal of this policy change was to make it easier for seniors, individuals and families on fixed or low incomes to access ambulance services.

Central Dispatch System

The centralized ambulance dispatch system known as MTCC (Medical Transportation Coordination Centre), based in Moncton, dispatches all ambulances throughout New Brunswick, with the exception of Saint John and Grand Manan Island. The Municipal Public Safety Communications Centre in Saint John is responsible for the ambulance dispatch in the municipalities of Quispamsis, Rothesay and Saint John. On Grand Manan Island, the hospital is responsible for dispatching the ambulance.

The MTCC is one of the most technologically advanced dispatch centres of its type capable of providing rapid triaging and coordinated dispatching of ambulances across New Brunswick. Through the use of integrated digital mapping, coupled with the enhanced capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able to know precisely the destination of a caller when a land-line is used and are better able to utilize the closest vehicle to respond to an emergency.

Utilizing the TriTech Software Systems CAD (Computer Aided Dispatching), coupled with Medical Priorities call triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

MTCC processed 106,308 calls (requests for service) during the year compared to 86,213 the previous year.

Air Ambulance System

The Air Ambulance Service is designed to achieve four key goals:

1) to augment land ambulance inter-facility transports;
2) to perform intra-provincial and inter-provincial critical care transports;
3) to return patients from health care facilities outside N.B.;
4) to provide a critical care neo-natal transportation program for babies in need of urgent transportation.

Frais d'utilisation

Les frais d'utilisation des services d'ambulance ont été éliminés le 1er avril 2005 pour tous les résidents du Nouveau-Brunswick. Le but de cette décision était de rendre les services d'ambulance accessibles aux personnes âgées, aux individus et aux familles à revenu fixe ou faible.

Système central de répartition

Le système centralisé de répartition des ambulances connu sous le nom de Centre de coordination des transports médicaux (CCTM), situé à Moncton, fait la répartition de tous les services d'ambulance dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick, à l'exception de Saint John et de l'île de Grand Manan. À Saint John, le Centre municipal de communication de sécurité publique est chargé de la répartition des ambulances dans les municipalités de Quispamsis, Rothesay et Saint John. Sur l'île de Grand Manan, l'hôpital est chargé de la répartition des services d'ambulance.

Sur le plan technologique, le CCTM est l'un des centres de répartition les plus avancés de son genre. Il peut offrir un service de répartition coordonné des ambulances et de triage rapide dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Grâce à l'utilisation de la cartographie numérique intégrée, conjuguée avec les capacités améliorées du système 911, les répartiteurs peuvent maintenant savoir exactement à partir de quel endroit l'appelant appelle lorsqu'il utilise une ligne terrestre, et ils peuvent également mieux utiliser le véhicule le plus près pour répondre à une urgence.

Grâce aux systèmes de répartition assistée par ordinateur Tritech et du logiciel de tri des appels médicaux prioritaires, les appels du service 911 sont traités et acheminés aux ambulances en moins de 90 secondes.

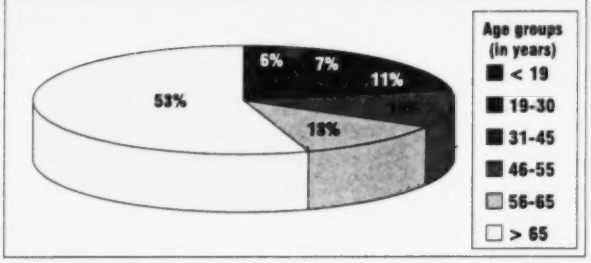
Le CCTM a traité 106 308 appels (demandes de service) pendant l'année comparativement à 86 213 au cours de l'année précédente.

Système d'ambulance aérienne

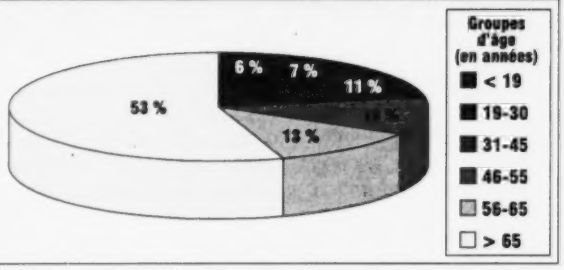
Le Service d'ambulance aérienne vise les quatre principaux objectifs suivants :

1) compléter le transport terrestre entre les établissements;
2) assurer le transport entre les provinces et dans la province des patients en phase critique;
3) transporter les patients ayant reçu des services dans des établissements de soins de santé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
4) offrir un programme de transport d'urgence des nouveau-nés en phase critique ayant besoin de soins.

Calls per age group 2005-2006



Appels par groupe d'âge, 2005-2006



User Fees
On April 1, 2005, user fees for New Brunswick residents requiring ambulance services within the province were discontinued. The goal of this policy change was to make it easier for seniors, individuals and families on fixed or low incomes to access ambulance services.

Central Dispatch System
The centralized ambulance dispatch system known as MTCC (Medical Transportation Coordination Centre), based in Moncton, dispatches all ambulances throughout New Brunswick, with the exception of Saint John and Grand Manan Island. The Municipal Public Safety Communications Centre in Saint John is responsible for the ambulance dispatch in the municipalities of Quispamsis, Rothesay and Saint John. On Grand Manan Island, the hospital is responsible for dispatching the ambulance.

The MTCC is one of the most technologically advanced dispatch centres of its type capable of providing rapid triaging and coordinated dispatching of ambulances across New Brunswick. Through the use of integrated digital mapping, coupled with the enhanced capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able to know precisely the destination of a caller when a land-line is used and are better able to utilize the closest vehicle to respond to an emergency.

Utilizing the TriTech Software Systems CAD (Computer Aided Dispatching), coupled with Medical Priorities call triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

MTCC processed 106,308 calls (requests for service) during the year compared to 86,213 the previous year.

Air Ambulance System
The Air Ambulance Service is designed to achieve four key goals:

1) to augment land ambulance inter-facility transports;
2) to perform intra-provincial and inter-provincial critical care transports;
3) to return patients from health care facilities outside N.B.;
4) to provide a critical care neo-natal transportation program for babies in need of urgent transportation.

Frais d'utilisation
Les frais d'utilisation des services d'ambulance ont été éliminés le 1er avril 2005 pour tous les résidents du Nouveau-Brunswick. Le but de cette décision était de rendre les services d'ambulance accessibles aux personnes âgées, aux individus et aux familles à revenu fixe ou faible.

Système central de répartition
Le système centralisé de répartition des ambulances connu sous le nom de Centre de coordination des transports médicaux (CCTM), situé à Moncton, fait la répartition de tous les services d'ambulance dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick, à l'exception de Saint John et de l'île de Grand Manan. À Saint John, le Centre municipal de communication de sécurité publique est chargé de la répartition des ambulances dans les municipalités de Quispamsis, Rothesay et Saint John. Sur l'île de Grand Manan, l'hôpital est chargé de la répartition des services d'ambulance.

Sur le plan technologique, le CCTM est l'un des centres de répartition les plus avancés de son genre. Il peut offrir un service de répartition coordonné des ambulances et de triage rapide dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Grâce à l'utilisation de la cartographie numérique intégrée, conjuguée avec les capacités améliorées du système 911, les répartiteurs peuvent maintenant savoir exactement à partir de quel endroit l'appelant appelle lorsqu'il utilise une ligne terrestre, et ils peuvent également mieux utiliser le véhicule le plus près pour répondre à une urgence.

Grâce aux systèmes de répartition assistée par ordinateur Tritech et du logiciel de tri des appels médicaux prioritaires, les appels du service 911 sont traités et acheminés aux ambulances en moins de 90 secondes.

Le CCTM a traité 106 308 appels (demandes de service) pendant l'année comparativement à 86 213 au cours de l'année précédente.

Système d'ambulance aérienne
Le Service d'ambulance aérienne vise les quatre principaux objectifs suivants :

1) compléter le transport terrestre entre les établissements;
2) assurer le transport entre les provinces et dans la province des patients en phase critique;
3) transporter les patients ayant reçu des services dans des établissements de soins de santé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
4) offrir un programme de transport d'urgence des nouveau-nés en phase critique ayant besoin de soins.

The aircraft performed 507 calls in 2005-2006, a similar call volume to the previous year, with 360 flights (71 per cent) taking the aircraft out of province.

L'ambulance aérienne a répondu à 507 appels en 2005-2006, soit un volume semblable à celui de l'année précédente, dont 360 vols (71 pour cent) qui l'ont amenée à l'extérieur de la province.

Air Ambulance Call Volumes/Nombre de sorties de l'ambulance aérienne

Age Category/Catégorie d'âge	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Adult/Adulte	250	252	207	307	356
Pediatric/Pédiatrie	48	66	65	87	77
Neonatal/Néonatale	89	92	110	107	74
Total Responses/Interventions totales	**387**	**410**	**382**	**501**	**507**

Ambulance Procurement
The ambulance procurement system continues to provide a high quality fleet of vehicles. On an annual basis, the department, through Malley Industries, replaces approximately 20 per cent of the land ambulance fleet. In 2005-06, 33 new ambulances were delivered to service operators.

Inspections
The Inspection Unit is responsible for ensuring that ambulance operators comply with the Act, Regulations and Standards for Ambulance Services in New Brunswick.

The inspection process is designed to ensure that all medical equipment (defibrillators, electric suction, traction splints, etc.), supplies (bandages, medication, oxygen and masks, etc.), ambulances (items such as lights, siren, stretcher, etc.), patient care delivery (protocol compliance) and operational plans and procedures (disaster plan, operation plan, training, etc.) are reviewed annually. All non-compliant issues identified during initial annual inspections are monitored for corrective action through additional follow up inspections. To ensure continuous compliance, the Inspection Unit strives to perform a minimum of 25 per cent of all site inspections unannounced.

The Inspection Unit also monitors service providers for compliance to their service delivery contracts particularly with respect to those areas dealing with performance standards relating to operations and patient care.

Inspections Performed
Service inspections....52
Follow-up service inspections....69
Vehicle inspections....112
Follow-up vehicle inspections....150
New vehicle inspection....33
Investigations related to patient care complaints....6

Paramedic Skill Enhancement

ALS Training
The Provincial Health Plan states that *"in future ambulance staff will be required to train as Paramedics. There will also be provision for advanced level paramedics who will provide basic life support as well as more sophisticated emergency treatment, including*

Achat d'ambulances
Le système d'approvisionnement en ambulances continue de fournir un parc de véhicules de qualité supérieure. Annuellement, le ministère, par l'entremise de Malley Industries, remplace environ 20 pour cent du parc de véhicules. En 2005-2006, 33 nouvelles ambulances ont été livrées aux exploitants des services.

Inspections
L'Unité des inspections est chargée de s'assurer que les exploitants des services d'ambulance respectent toutes les exigences de la *Loi*, du *Règlement* et des normes relatifs aux services d'ambulance au Nouveau-Brunswick.

L'inspection vise à s'assurer que tout le matériel médical (défibrillateurs, succion électrique, attelles à traction, etc.), les fournitures (bandages, médicaments, oxygène, masques, etc.), les ambulances (articles comme des lumières, les sirènes, les civières, etc.), la prestation des soins au patient (conformité au protocole) et les modalités opérationnelles (plan en cas d'urgence, plan opérationnel, formation, etc.) sont réexaminés tous les ans. Tous les cas de non conformité dépistés pendant les premières inspections annuelles sont vérifiés en vue de la prise de mesures correctrices par des inspections de suivi supplémentaires. Pour assurer une conformité continue aux exigences, l'Unité des inspections tente d'effectuer au moins 25 pour cent de toutes les visites de site de façon non annoncée.

L'Unité des inspections surveille aussi les fournisseurs de services pour s'assurer qu'ils respectent les exigences de leur contrat de prestation de services particulièrement en ce qui concerne les normes de rendement relatives aux opérations et aux soins des patients.

Inspections effectuées
Inspections de services....52
Inspections de services de suivi....69
Inspections de véhicules....112
Inspections de véhicules de suivi....150
Inspections de nouveaux véhicules....33
Enquêtes faisant suite à des plaintes relatives aux soins des patients....6

Accroissement des compétences des travailleurs paramédicaux

Formation en techniques spécialisées en réanimation
Le Plan provincial de la santé précise que « *à l'avenir, le personnel ambulancier devra suivre la formation d'ambulancier paramédical. On formera également des ambulanciers paramédicaux de niveau avancé qui seront en mesure d'assurer des soins immédiats en réanimation plus spécialisés, y compris*

intubation, IV medications and a number of other complex procedures. These standards will be implemented on a gradual scale such that every ambulance responding to a call will have advanced life support services available to the patient."

To meet this objective, the Ambulance Services Branch introduced the Advanced Life Support (ALS) initiative in order to provide ALS services on every ambulance. The following chart demonstrates the skills paramedics are being trained to acquire.
These skills were chosen based upon the most common patient needs as reflected in the ambulance call report data received by the branch.

EMT (previous level)	ALS Skills Enhancement
Defibrillation	Defibrillation
IV Maintenance – maintenance of fluids via existing intravenous line	IV Initiation – performing initiation of intravenous and administration of fluids and medications
	Medications: • ASA • Nitroglycerine • Ventolin • Epinephrine for Anaphylaxis • Benadryl • Glucagon • Dextrose 50%
	Advanced Airway Management • Combitube • Magill Forceps

Ambulance service operators are using the Atlantic Paramedic Academy, a Canadian Medical Association accredited institution, to deliver the training.

By the end of fiscal 2005-06, approximately 600 Emergency Medical Technicians will be trained in these advanced skills.

Community Health Centres

Community Health Centres (CHCs) and Collaborative Practices are key elements of the Provincial Health Plan in order to ensure better access to care and services. Three additional CHCs were announced in June 2004, for a total of eight sites (Doaktown, Minto, Saint John, Lamèque, Riverside Albert, Caraquet, Dalhousie, Plaster Rock).

Caraquet and Dalhousie transitioned to Community Health Centres as of April 1, 2005. Plaster Rock has completed a community needs assessment and anticipates transitioning in 2007.

A provincewide awareness campaign in the winter of 2005 highlighted the role of Community Health Centres as being strategic in improving access to primary health care for people. CHCs provide locations where

l'intubation, la perfusion intraveineuse et d'autres procédures complexes. Ces nouvelles normes seront mises en œuvre graduellement afin que chaque ambulance répondant à un appel soit en mesure de prodiguer des soins immédiats en réanimation. »

Pour atteindre cet objectif, la Direction des services d'ambulance a lancé une initiative en matière de soins spécialisés en réanimation afin de pouvoir offrir des services de réanimation dans chaque ambulance. Le tableau suivant indique les compétences que les travailleurs paramédicaux acquièrent durant leur formation.
Ces compétences ont été choisies en fonction des besoins des patients les plus courants comme l'indiquent les données reçues par la direction.

TUM (niveau précédent)	Amélioration des aptitudes en techniques en réanimation
Défibrillation	Défibrillation
Maintien de l'IV – maintien des fluides à l'aide des lignes intraveineuses actuelles	Installation d'une IV - installation d'intraveineuse et administration de fluides et de médicaments
	Médicaments : • ASA • Nitroglycérine • Ventolin • Épinéphrine pour anaphylaxie • Benadryl • Glucagon • Dextrose 50 %
	Assistance respiratoire avancée • Combitube • Pinces de Magill

Les exploitants des services d'ambulance utilisent l'Académie paramédicale de l'Atlantique, un établissement accrédité par l'Association médicale canadienne, pour offrir la formation.

D'ici la fin de l'exercice 2005-2006, environ 600 techniciens d'urgence médicale auront reçu une formation dans ces habiletés avancées.

Centres de santé communautaires

Les centres de santé communautaires et l'exercice de la profession en collaboration sont des éléments clés du Plan provincial de la santé qui visent à assurer un meilleur accès aux soins et aux services. L'ouverture de trois autres centres de santé communautaires a été annoncée en juin 2004, pour un total de huit sites (Doaktown, Minto, Saint John, Lamèque, Riverside Albert, Caraquet, Dalhousie, Plaster Rock).

Caraquet et Dalhousie ont fait la transition vers des centres de santé communautaires depuis le 1er avril 2005. Plaster Rock a terminé une évaluation des besoins de la communauté et prévoit faire la transition en 2007.

Une campagne de sensibilisation provinciale durant l'hiver de 2005 a fait valoir le rôle stratégique des centres de santé communautaires qui peuvent améliorer l'accès aux soins de santé primaires pour la population. Les gens peuvent ainsi se

people can go for everyday health care needs as well as to learn about healthy living.

There has been considerable activity and progress in each of the Community Health Centres towards the establishment of the electronic patient record. Together with the Regional Health Authorities, consistent approaches for cost effective and efficient information management solutions are being developed.

The department, with support from the Primary Health Care Transition Fund, has continued to facilitate training and development for care providers to assist them in moving to collaborative, interdisciplinary and wellness practices in their communities.

Community partnership has remained a cornerstone in the operations of Community Health Centres. The community groups in all centres assist the CHC to understand the health and wellness issues in their communities and in developing solutions that take advantage of local strengths to create sustainable change.

In the past year, the Community Health Centres have provided group and individual services ranging from arthritis self-management classes to unscheduled primary care appointments. Although each CHC develops a unique service profile to fit the needs of the community, there are many common features. Each health centre sets up operating hours that best fit with the needs of the community. Timely appointments and accessible care are important features. Patients are able to see the health provider who is best suited to their needs. Providers in health centers include physicians, nurses, nurse practitioners, physiotherapists, social workers, community development workers, respiratory therapists, occupational therapists and dietitians. Providers work with the patient, referring when appropriate to other health care workers or to providers outside of the CHC to ensure that a comprehensive range of affordable and reliable primary health care services are offered.

Health promotion and disease and injury prevention are integral components in every patient's care plan. The best practices of chronic disease management and development of patient-centred care plans are a priority. As much as possible, care is provided in the community, with all centres including or having access to phlebotomy and specimen collection services. In total, 45,563 New Brunswickers received care from the CHCs in Doaktown, Minto, Saint John, Lamèque, Riverside Albert, Caraquet and Dalhousie.

rendre à ces centres pour leurs besoins de soins de santé courants et se renseigner sur les modes de vie sains.

Chacun des centres de santé communautaires a connu beaucoup d'activités et de progrès en vue de l'établissement du dossier électronique du patient. En collaboration avec les régies régionales de la santé, des approches uniformes pour des solutions de gestion de l'information efficaces et rentables sont en voie d'être élaborées.

Le ministère, avec le soutien du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, a continué de favoriser la formation et le perfectionnement des fournisseurs de soins afin de les aider à adopter des pratiques favorisant le travail interdisciplinaire et le mieux-être dans leur collectivité.

Les partenariats communautaires sont demeurés une pierre angulaire des activités des centres de santé communautaires. Les groupes communautaires dans tous les centres aident les centres de santé communautaires à comprendre les questions de santé et de mieux-être dans leur collectivité et à mettre au point des solutions qui misent sur les forces locales pour créer un changement durable.

Au cours de la dernière année, les centres de santé communautaires ont fourni des services de groupe et des services individuels allant des cours d'autogestion de l'arthrite à des rendez-vous non prévus pour les soins primaires. Même si chaque centre de santé communautaire établit un profil de service unique pour répondre aux besoins de la collectivité, il y a de nombreux aspects courants ou communs. Chaque centre établit des heures d'ouverture qui répondent le mieux aux besoins de la collectivité. Des rendez-vous rapides et des soins accessibles sont des éléments importants. Les patients peuvent voir le fournisseur de soins qui est le plus en mesure de répondre à leurs besoins. Les fournisseurs dans les centres de santé comprennent des médecins, des infirmières, des infirmières praticiennes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des travailleurs en développement communautaire, des inhalothérapeutes, des ergothérapeutes et des diététistes. Les fournisseurs travaillent avec les patients, et les dirigent vers d'autres travailleurs de soins de santé lorsque cela convient ou vers des fournisseurs à l'extérieur du centre de santé communautaire pour s'assurer que des services de soins de santé primaires fiables et abordables leur sont prodigués.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont des éléments de base du plan de soins de santé de chaque patient. Les meilleures pratiques en traitement des maladies chroniques et l'élaboration de plans de gestion axés sur le patient sont des priorités. Dans la mesure du possible, les soins sont dispensés dans la collectivité, tous les centres offrant des services de phlébotomie et de prélèvements ou offrant l'accès à de tels services. Au total, 45 563 personnes du Nouveau-Brunswick ont reçu des soins des centres de santé communautaires à Doaktown, Minto, Saint John, Lamèque, Riverside Albert, Caraquet et Dalhousie.

CHC / Collaborative Practice Preliminary Data 2005-2006

		Hours of Operation per Week	Number of Clients Served	Service Activity*
RHA 1SE	Albert CHC	Monday to Friday 0700 to 1800	1,667	15,899
RHA 2	St. Joseph's CHC	Monday to Friday 0830 to 1900; Teen center 1500 to 1900 weekdays	5,925	40,027
RHA 3	Doaktown CHC	Monday to Thursday 0800 to 2000; Friday 0800 to 1600	3,630	36,206
	Minto CHC	Weekdays 0800 to 1800; Weekends 0800 to 1600	4,747	28,588
	Gibson Collaborative Practice	Weekdays 0900 to 2100; Saturday 1200-1700	5,958	46,198
RHA 5	Dalhousie	7 days per week 0800 to 2000	8,732	33,755
RHA 6	Lameque CHC	7 days per week 0800 to 2400	6,718	52,906
	Caraquet CHC	7 days a week 24 hours a day	14,144	66,700

* Service activity reflects the preliminary information submitted to DoH for the fiscal year 2005-2006. Service activity includes visits plus attendances to all CHC providers. Excluded were the services of Lab, Radiology and ECG
Source: MIS database.

Données préliminaires sur l'exercice de la profession en collaboration/CSC 2005-2006

		Heures d'ouverture par semaine	Nombre de clients servis	Services offerts*
RRS 1SE	CSC Albert	Du lundi au vendredi de 7 h à 18 h	1 667	15 899
RRS 2	CSC St. Joseph	Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h, centre des adolescents de 15 h à 19 h les jours de la semaine	5 925	40 027
RRS 3	CSC de Doaktown	Du lundi au jeudi de 8 h à 20 h, et le vendredi de 8 h à 16 h	3 630	36 206
	CSC de Minto	Les jours de la semaine de 8 h à 18 h, et la fin de semaine de 8 h à 16 h	4 747	28 588
	Exercice de la profession en collaboration Gibson	Les jours de la semaine de 9 h à 21 h, et le samedi de 12 h à 17 h	5 958	46 198
RRS 5	Dalhousie	Sept jours sur sept, de 8 h à 20 h	8 732	33 755
RRS 6	CSC de Lamèque	Sept jours sur sept, de 8 h à minuit	6 718	52 906
	CSC de Caraquet	24 heures sur 24, 7 jours sur 7.	14 144	66 700

* Les services reflètent l'information préliminaire soumise au ministère de la Santé pour l'exercice financier 2005-2006. Les services offerts comprennent les visites plus les présences de tous les fournisseurs du CSC. Les services de laboratoire, de radiologie et d'ECG sont exclus.
Source : base de données SIG.

Collaborative Practices

The Gibson Health Clinic was established to provide improved primary care access for patients who did not have a family physician. The clinic has been operating since October 2003 and uses a team of physicians and nurses to provide collaborative care to a rostered patient population. The clinic is open 12 hours per day from Monday to Friday, five hours per day on Saturday and is closed on Sundays and holidays. Staff members, including physicians, are all salaried employees of River Valley Health. Training and support is being provided to the Gibson Clinic to support development of a collaborative interdisciplinary model of care. In fiscal year 2005-06, the clinic provided care to 5,958 individuals.

Primary Health Care – Atlantic Initiatives

An initiative called *Building a Better Tomorrow* establishes a change management strategy and training for primary health care providers. The goal is to design training/education material for primary health care providers and to implement training sessions in order to help move the renewal of primary health care services forward in each of the Atlantic Provinces. This initiative is very important in supporting the implementation of the Community Health Centre model and moving towards a team approach to care.

Following a thorough training needs evaluation process, six training modules were developed:

- Understanding Primary Health Care
- Conflict Resolution
- Team Building
- Building Community Relationships
- Facilitating Adult Learning
- Getting Started in Program Planning and Evaluation

The department is partnering with the educators from each of the RHAs to implement these training sessions.

From September 2005 to April 2006, a total of 127 sessions were offered. As of February 2006, a total of 697 providers had attended at least one training session. The total attendees for all sessions were 1,308.

A second initiative called Selfcare / Telecare was funded by Health Canada under the Multi-jurisdictional Envelope of the Primary Heath Care Transition Fund. As a recognized leader in Atlantic Canada, the department provided its knowledge and experience to other Atlantic Provinces to establish their own teletriage and health information lines. This collaborative approach enabled a sharing of information and resources, thus allowing all participating provinces, including New Brunswick, to realize economies of scale.

Of the three other Atlantic Provinces, Newfoundland and Labrador elected to participate. New Brunswick worked very closely with that province to support the development and implementation of a Selfcare /

Exercice de la profession en collaboration

La clinique médicale Gibson a été établie pour offrir aux patients qui n'avaient pas de médecins de famille un accès amélioré aux services de soins de santé primaires. Comptant sur une équipe de médecins et d'infirmières travaillant en collaboration, la clinique fonctionne depuis octobre 2003 et offre des soins à une population de patients dont le nom est inscrit dans un registre. La clinique est ouverte 12 heures par jour, du lundi au vendredi, et cinq heures par jour le samedi. Elle est fermée le dimanche et les jours fériés. Le personnel, y compris les médecins, sont des employés salariés de la Régie de la santé de la Vallée. La formation et le soutien sont offerts à la clinique Gibson pour appuyer l'élaboration d'un modèle de soins interdisciplinaires en collaboration. Au cours de l'exercice financier 2005-2006, la clinique a dispensé des soins à 5 958 personnes.

Initiatives de l'Atlantique en soins de santé primaires

Une initiative, appelée « *Bâtir un avenir meilleur* », établit une stratégie de gestion des changements et prévoit une formation pour les fournisseurs de soins de santé primaires. Le but est de préparer du matériel de formation et d'étude pour les fournisseurs de soins de santé primaires et d'organiser des séances de formation afin de faire avancer le dossier du renouvellement des services de soins de santé primaires dans chacune des provinces de l'Atlantique. Cette initiative est très importante, car elle permet d'appuyer la mise en œuvre du modèle de centre de santé communautaire et à évoluer vers une approche d'équipe en matière de prestation des soins.

Après une évaluation approfondie des besoins en matière de formation, six modules de formation ont été préparés :

- Compréhension des soins de santé primaires
- Résolution de conflits
- Constitution d'équipes
- Établissement de relations communautaires
- Faciliter la formation des adultes
- Premières étapes de la planification et de l'évaluation des programmes

Le ministère crée des partenariats avec des formateurs de chacune des régies régionales de la santé pour l'organisation de ces séances de formation.

De septembre 2005 à avril 2006, un total de 127 séances ont été offertes. En date de février 2006, 697 fournisseurs avaient assisté à au moins une séance de formation. Le nombre total de participants pour toutes les séances est de 1 308.

Une deuxième initiative appelée Autosoins-télésoins a été financée par Santé Canada par l'entremise de l'enveloppe multiadministrative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. À titre de chef de file reconnu au Canada atlantique, le ministère a partagé ses connaissances et son expérience avec d'autres provinces de l'Atlantique pour les aider à mettre sur pied leurs propres lignes de télétriage et de renseignements sur la santé. Cette approche de collaboration a permis le partage de renseignements et de ressources, et les provinces participantes, y compris le Nouveau-Brunswick, ont ainsi réalisé des économies d'échelle.

Parmi les trois autres provinces de l'Atlantique, Terre-Neuve et Labrador a également décidé d'y participer. Le Nouveau-Brunswick a travaillé de très près avec cette province pour appuyer la mise sur pied d'un service Autosoins-télésoins. Le

Telecare service. Not only has New Brunswick provided leadership, but it has also been able to take advantage of the Federal funding to acquire capital equipment to improve the operation and lower the operating costs of its current Selfcare / Telecare service. In addition, the department has received Federal funding to invest in a marketing campaign to promote the service and ensure as many New Brunswickers as possible benefit from the service.

Hospital Services

The Hospital Services Branch is responsible for ensuring the availability of appropriate, quality hospital services for the residents of New Brunswick. This includes responsibility for:

- the Hospital System Master Plan
- approval of new or enhanced hospital services
- development and maintenance of hospital program standards funding and monitoring of the operational needs of the eight Regional Health Authorities.

Acute or hospital care is comprised of primary, secondary and tertiary care services delivered by the eight Regional Health Authorities. Services are delivered in 51 facilities throughout the province. Hospital services generally include the following patient services which will vary according to the size of the facility and mandate: acute inpatient services, surgery, restorative/extended care services, outpatient ambulatory care, emergency services, laboratory medicine, diagnostic imaging and other diagnostic and therapeutic services. The Hospital Facilities – Assorted Data Table below reports on key elements of hospital utilization, notably the use of inpatient, surgical and ambulatory services in the province.

Nouveau-Brunswick a non seulement été capable de fournir son expertise, mais il a également pu bénéficier des sommes accordées par le gouvernement fédéral pour améliorer le fonctionnement et réduire les coûts d'exploitation de son service Autosoins-télésoins. De plus, le ministère a reçu de l'argent du gouvernement fédéral pour lancer une campagne de promotion du service et pour veiller à ce que le plus grand nombre possible de Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises puissent bénéficier du service.

Services hospitaliers

La Direction des services hospitaliers est chargée de veiller à ce que la population néo-brunswickoise dispose de services hospitaliers adéquats et de qualité. Ses responsabilités comprennent :

- le Plan directeur du système hospitalier;
- l'approbation de nouveaux services hospitaliers ou de services améliorés;
- l'élaboration et la mise à jour des normes relatives aux programmes hospitaliers et le financement et la surveillance des besoins opérationnels des huit régies régionales de la santé.

Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les huit régies régionales de la santé. Les services sont dispensés par 51 établissements dans la province. Les services hospitaliers comprennent habituellement les services de soins aux patients suivants, qui peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : les soins actifs aux hospitalisés, les services de chirurgie, les services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, les soins ambulatoires, les services d'urgence, la médecine de laboratoire, l'imagerie diagnostique ainsi que d'autres services de diagnostic ou thérapeutiques. Le tableau « Établissements hospitaliers – données variées » ci-dessous présente les éléments clés de l'utilisation des ressources hospitalières, notamment l'utilisation des services aux hospitalisés ainsi que les services chirurgicaux et ambulatoires dans la province.

Hospital Facilities - assorted data

Hospital Facilities	2003-04	2004-05	Preliminary Data 2005-06
Financial			
Total Expenditures All Fund Types ($M)[1]	$1,179.18	$1,237.51	$1,337.27
Staff (FTEs)	13,960	14,103	
Hospital Inpatient Separations			
Separations[5]	98,146	95,816	94,895
Number of Separations/1,000 Population[6]	***134.5***	***131.3***	***130.1***
Total Length of Stay	853,143	839,618	799,635
Average Number of Days per Hospital Stay	8.7	8.8	8.4
Number of In-Hospital Deaths	3,784	3,658	3,641
Surgical Episodes			
Surgical Episodes[2] - Inpatients	28,977	27,556	28,312
Surgical Episodes[2] - Day surgery	43,168	43,206	45,056
Total Surgical Episodes	72,145	70,762	73,368
Percent of Surgical Episodes - Inpatient	***40.2%***	***38.9%***	***38.6%***
Percent of Surgical Episodes – Day surgery	***59.8%***	***61.1%***	***61.4%***
Obstetrics			
Number of Deliveries	7,166	6,907	6,878
Number of Deliveries/1,000 Population[6]	***9.8***	***9.5***	***9.4***
Bed Occupancy			
Maximum Number of Beds in Operation			2,606
Average Number of Beds Occupied per Day	2,337	2,300	2,191
Average Occupancy per Day			84.1%
Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Population[6]	***3.2***	***3.2***	***3.0***
Emergency Room Visits			
Emergency Room Visits	749,425	724,241	658,753
Number of ER Visits/1,000 Population[6]	***1,027.3***	***992.8***	***903.0***
Ambulatory Visits			
Outpatients Clinic Visits	638,084	685,183	661,969
Dialysis Visits	59,986	65,159	70,250
Oncology Clinic Visits	28,927	45,716	51,082
Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population[6]	***874.7***	***939.3***	***907.4***
Diagnostic Tests			
Laboratory Procedures (number of tests performed)[3]	14,631,289	15,368,213	16,589,008
Laboratory Procedures - Inpatient	3,178,031	3,352,115	3,538,419
Laboratory Procedures - Outpatient	11,453,258	12,016,098	13,050,589
Percent of Laboratory Procedures - Inpatient	***22%***	***22%***	***21%***
Percent of Laboratory Procedures - Outpatient	***78%***	***78%***	***79%***
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures[4]	1,094,207	1,109,219	1,180,981
CT (computerized tomography) Scan Exams	96,420	103,274	120,377
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	24,336	24,663	28,096
Cardiac Catheterization Exams	3,203	3,466	3,422

1. Previous years have been restated to include all fund types.
2. Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus c/sections
3. Laboratory Procedures includes those exams referred-in to the RHA from other sources but excludes those procedures that are referred-out to an external source.
4. Diagnostic Imaging exams excludes exams performed in RHA 2 Cardiac Catheterization Lab
5. Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care
6. Population - 2001 Census Population prepared by Statistics Canada

Source: Preliminary DAD and MIS data as of Aug 28/06

Établissements hospitaliers – Données variées

Établissements hospitaliers	2003-2004	2004-2005	Données préliminaires 2005-2006
Finances			
Total des dépenses pour tous les types de fonds (M$) [1]	1 179,18 $	1 237,51 $	1 337,27 $
Personnel (ETP)	13 960	14 103	
Congés de l'hôpital des hospitalisés			
Congés de l'hôpital [5]	98 146	95 816	94 895
Nombre de congés de l'hôpital pour 1 000 personnes [6]	***134,5***	***131,3***	***130,1***
Durée totale du séjour à l'hôpital	853 143	839 618	799 635
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	8,7	8,8	8,4
Nombre de décès à l'hôpital	3 784	3 658	3 641
Interventions chirurgicales			
Interventions chirurgicales [2] – Patients hospitalisés	28 977	27 556	28 312
Interventions chirurgicales [2] – Chirurgie d'un jour	43 168	43 206	45 056
Nombre total d'interventions chirurgicales	72 145	70 762	73 368
Pourcentage d'interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	***40,2 %***	***38,9 %***	***38,6 %***
Pourcentage d'interventions chirurgicales - Chirurgie d'un jour	***59,8 %***	***61,1 %***	***61,4 %***
Obstétrique			
Nombre d'accouchements	7 166	6 907	6 878
Nombre d'accouchements pour 1 000 personnes [6]	***9,8***	***9,5***	***9,4***
Occupation des lits			
Nombre maximal de lits disponibles			2 606
Nombre moyen de lits occupés chaque jour	2 337	2 300	2 191
Occupation moyenne par jour			84,1 %
Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 personnes [6]	***3,2***	***3,2***	***3,0***
Nombre de visites en salle d'urgence			
Nombre de visites en salle d'urgence	749 425	724 241	658 753
Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes [6]	***1 027,3***	***992,8***	***903,0***
Nombre de visites en soins ambulatoires			
Nombre de visites à la clinique externe	638 084	685 183	661 969
Nombre de visites au service de dialyse	59 986	65 159	70 250
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	28 927	45 716	51 082
Nombre de visites en soins ambulatoires pour 1 000 personnes [6]	***874,7***	***939,3***	***907,4***
Tests de diagnostic			
Procédures en laboratoire (nombre de tests effectués) [3]	14 631 289	15 368 213	16 589 008
Procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	3 178 031	3 352 115	3 538 419
Procédures en laboratoire – Patients externes	11 453 258	12 016 098	13 050 589
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	***22 %***	***22 %***	***21 %***
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients externes	***78 %***	***78 %***	***79 %***
Imagerie diagnostique – Total des examens ou procédures [4]	1 094 207	1 109 219	1 180 981
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	96 420	103 274	120 377
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	24 335	24 663	28 096
Examens par cathétérisme cardiaque	3 203	3 466	3 422

1. Des années antérieures ont été indiquées de nouveau pour inclure tous les types de fonds.
2. Interventions chirurgicales – toutes les interventions chirurgicales effectuées dans la salle d'opération principale, y compris les césariennes.
3. Les procédures de laboratoire incluent les examens aiguillés à la régie régionale de la santé par d'autres sources, mais excluent les procédures aiguillées vers une source externe.
4. Les examens par imagerie diagnostique ne comprennent pas les examens effectués par le laboratoire de cathétérisme cardiaque de la Régie régionale de la santé 2.
5. Congés de l'hôpital - comprend les soins de réadaptation immédiats, chroniques, généraux et tertiaires.
6. Population – Recensement de la population en 2001 préparé par Statistique Canada

Source : Données préliminaires de la BDCP et du SIG en date du 28 août 2006

10 Most Frequent Diagnosis for Admissions

Fiscal Year 2005/06	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Hospital Total Cases	Average Days	Length of Stay
1	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	3,210	31,111	9.7
2	Other medical care - (i.e., Palliative Care)	2,436	33,731	13.8
3	Chest Pain	2,304	6,598	2.9
4	Chronic Ischemic Heart Disease	2,144	12,091	5.6
5	Pneumonia	2,028	14,134	7.0
6	Angina Pectoris	1,966	12,188	6.2
7	Care involving use of rehabilitation procedures	1,860	62,707	33.7
8	Perineal laceration during delivery	1,653	4,007	2.4
9	Heart Failure	1,617	16,972	10.5
10	Acute Myocardial Infarction	1,613	10,768	6.7
		20,831		
	Percentage of Total Separations	22%		

Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Année financière 2005-2006	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	Nbre total de cas	Nombre total de jours d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour
1	Bronchopneumopathies chroniques obstructives	3 210	31 111	9,7
2	Autres soins médicaux (p. ex. soins palliatifs)	2 436	33 731	13,8
3	Douleur thoracique	2 304	6 598	2,9
4	Cardiopathie ischémique chronique	2 144	12 091	5,6
5	Pneumonie	2 028	14 134	7,0
6	Angine de poitrine	1 966	12 188	6,2
7	Soins nécessitant des processus de réadaptation	1 860	62 707	33,7
8	Lacération du périnée durant l'accouchement	1 653	4 007	2,4
9	Insuffisance cardiaque	1 617	16 972	10,5
10	Infarctus aigu du myocarde	1 613	10 768	6,7
		20 831		
	Pourcentage du total de congés de l'hôpital	22 %		

10 Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2005/06	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	C sections	1,980
2	Hysterectomy	1,472
3	Cholecystectomy	1,255
4	Implant prosthesis - knee	1,077
5	Implant prosthesis - hip	955
6	Tonsillectomy	920
7	Repair, hernia	812
8	Prostatectomy	722
9	Appendectomy	691
10	Electro-convulsive therapy	562
		10,446
	Percentage of Total Surgical Episodes - Inpatients	37%

Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Année financière 2005-2006	Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	Nbre total de cas
1	Césarienne	1 980
2	Hystérectomie	1 472
3	Cholécystectomie	1 255
4	Implant d'une prothèse – genou	1 077
5	Implant d'une prothèse – hanche	955
6	Amygdalectomie	920
7	Réparation – hernie	812
8	Prostatectomie	722
9	Appendicectomie	691
10	Électrochoc	562
		10 446
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	37 %

10 Most Frequent Surgeries in Day Surgery

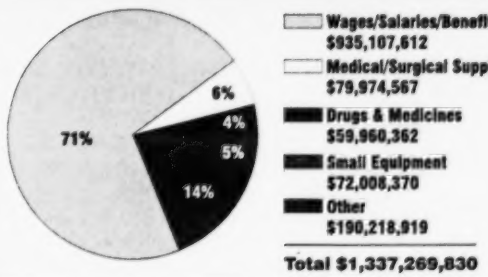
Fiscal Year 2005/06	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cataract extraction	8,632
2	Cystoscopy	3,575
3	Repair, hernia	1,903
4	Insertion tubes - tympanic membrane	1,387
5	Arthroplasty – knee	1,080
6	Release - carpal tunnel	971
7	Partial excision – breast	917
8	Tubal ligation	893
9	Restoration – tooth	884
10	Cholecystectomy	877
		21,119
	Percentage of Total Surgical Episodes – Day surgery	47%
Source: Preliminary DAD and MIS data as of Aug 28/06		

Dix chirurgies les plus fréquentes – Chirurgie d'un jour

Année financière 2005-2006	Dix principales interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	Nbre total de cas
1	Extraction de cataracte	8 632
2	Cystoscopie	3 575
3	Réparation – hernie	1 903
4	Insertion de tubes – Membrane tympanique	1 387
5	Arthroplastie – genou	1 080
6	Libération – canal carpien	971
7	Excision partielle – sein	917
8	Ligature des trompes	893
9	Restauration – dent	884
10	Cholécystectomie	877
		21 119
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	47 %
Source : Données préliminaires de la BDCP et du SIG en date du 28 août 2006		

Total expenditures incurred by Regional Health Authorities for 2005/06 were over $1.3 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.

Distribution of RHA expenditures 2005-2006



Hospital Services are delivered in collaboration with other health care services within the region and inter-regionally, and function as an integral component of health care. Recognizing the importance of improved collaboration, the Provincial Health Plan calls for a review of hospital based clinical programs to ensure that these programs are safe and sustainable. This work started in 2005/06 under the auspices of the Patient Safety and Clinical Care Collaborative Committee and will ensure that New Brunswickers have access to safe, quality clinical program in a timely manner.

Cardiac Care Program

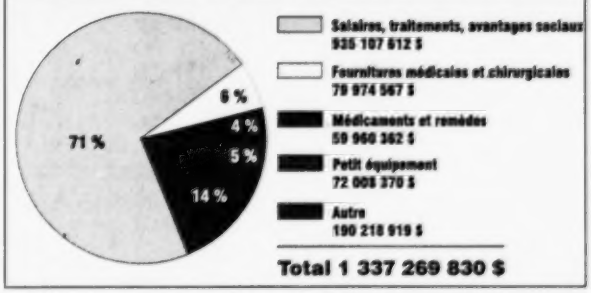
During 2005-06, many enhancements were made to cardiac care for New Brunswickers. A provincial Cardiac Services Advisory Committee was developed to advise the New Brunswick Heart Centre on program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. A third cardiac catheterization lab was constructed, equipped and staffed. An additional cardiac surgeon was recruited and recruitment is on-going for a cardiac electrophysiologist. Staff increases in various areas of the Heart Centre have assisted cardiologists with inpatient care, improving triage and access, providing provincial coordination of cardiac rehabilitation, and additional diagnostic services. A full-time Administrative Director and a part-time Medical Director for the Heart Centre were recruited. The bilingual staffing complement at the Heart Centre has increased in an effort to offer all services in both official languages. A newsletter is now regularly circulated to provincial partners and website development has started.

Dialysis Services

In 2004, the Provincial Health Plan announced the addition of four satellite dialysis units to be located in Sussex, the Upper St. John River Valley, Dalhousie and Tracadie. The units in Sussex and the Upper St. John River Valley became operational in 2005/06. The upper river valley unit is temporarily located in the Northern Carleton Hospital in Bath and will be relocated to the hospital under construction in Waterville when it opens in 2007. The remaining units in Dalhousie and Tracadie will open in 2006-07.

Les dépenses totales engagées par les régies régionales de la santé en 2005-2006 étaient de plus de 1,3 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements, etc.

Répartition des dépenses des RRS 2005-2006



Les services hospitaliers sont offerts conjointement avec d'autres services de soins de santé dans la région et entre les régions et sont une partie intégrante des soins de santé. Reconnaissant l'importance d'une plus grande collaboration, le Plan provincial de la santé exige un examen des programmes cliniques hospitaliers pour s'assurer que ces programmes sont sécuritaires et viables. Ce travail a débuté en 2005-2006 sous les auspices du Comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques et permettra de s'assurer que la population du Nouveau-Brunswick peut accéder à un programme clinique sécuritaire et de qualité, et ce, en temps opportun.

Programme de soins cardiaques

Au cours de l'exercice 2005-2006, plusieurs améliorations ont été apportées au secteur des soins cardiaques au Nouveau-Brunswick. Un comité consultatif provincial sur les services cardiaques a été mis sur pied pour guider le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick en matière d'élaboration de programmes, d'amélioration de la qualité, d'accès et d'efficacité de la prestation des services. Un troisième laboratoire de cathétérisation cardiaque a été construit, équipé et doté en personnel. Un chirurgien cardiaque supplémentaire a été embauché et une campagne de recrutement est en cours pour embaucher un électrophysiologiste cardiaque. L'augmentation des effectifs dans divers secteurs du Centre cardiaque a facilité le travail des cardiologues en ce qui a trait à la prestation de soins aux patients hospitalisés, a permis d'améliorer le triage et l'accès aux soins et a favorisé la coordination provinciale de la réadaptation cardiaque ainsi que la prestation d'autres services de diagnostic. Un directeur administratif à temps plein et un directeur médical à temps partiel ont été embauché. Le nombre d'employés bilingues au Centre cardiaque a augmenté dans le but d'offrir tous les services dans les deux langues officielles. Un bulletin est maintenant émis périodiquement aux partenaires provinciaux et un site Web est en cours d'élaboration.

Services de dialyse

En 2004, le Plan provincial de la santé a annoncé l'ajout de quatre services satellites de dialyse à Sussex, dans la région de la Vallée du Haut Saint-Jean, à Dalhousie et à Tracadie. Les services situés à Sussex et dans la région de la Vallée du Haut Saint-Jean sont entrés en opération en 2005-2006. Le service satellite de dialyse de la région de la Vallée du Haut Saint-Jean est temporairement situé à l'hôpital Northern Carleton de Bath et sera installé à l'hôpital actuellement en construction à Waterville à son ouverture en 2007. Les deux autres services à Dalhousie et à Tracadie-Sheila seront fonctionnels en 2006-2007.

In addition to the additional satellite units, the increased number of patients who need dialysis warranted other expansions. The satellite dialysis unit in Fredericton increased from five to seven stations. In addition, the final phase of expansion of the dialysis unit at the Dr-Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton was completed in 2005-06, resulting in a total of 54 stations, for a net increase of 12 stations.

Provincial Phenylketonuria (PKU) Management Service

In 2005-06, a new provincial phenylketonuria (PKU) Management Service Team was established at the Dr. Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton.

PKU is an inborn error of metabolism which prevents the appropriate metabolism of a specific amino acid, one of protein's building blocks, and leads to severe neurological disorders such as delayed brain development. A strict diet from birth will prevent irreversible brain damage. Up to now, New Brunswick residents who had this condition were followed by a team in Nova Scotia.

The new multidisciplinary team at the Dumont Hospital provides comprehensive and consistent provincewide, day-to-day treatment to all PKU clients. This on-going care involves home-based and outreach services, including home visitation, regional clinics and telephone counseling.

The multidisciplinary team consists of two pediatricians, a family physician, a dietitian, a nurse, a psychologist, a social worker and administrative support staff. In addition, the following professionals are available for consultation: an endocrinologist and a gynecologist.

Surgical Access Management

Surgical Access Network

The Provincial Health Plan calls for a Surgical Care Network operating under the principles of fairness, appropriateness and certainty to ensure New Brunswickers have timely access to surgical services. The network has been established and it is led by the New Brunswick Surgical Care Network Advisory Committee which reports to the Deputy Minister of Health. The advisory committee is chaired by a member of the public and draws its membership from the eight Regional Health Authorities, the College of Physicians and Surgeons, the New Brunswick Medical Society, the Nurses Association of New Brunswick and the Department of Health. The main responsibilities of the advisory committee are

1. Planning and Management of Surgical Services in New Brunswick
2. Standards Development and Performance Monitoring
3. Communication and Public Awareness

The advisory committee has two subcommittees - the Knowledge and Evaluation Subcommittee and the Clinical Services Subcommittee. Both subcommittees are chaired by surgeons. The main responsibilities of

En plus des services satellites supplémentaires, l'augmentation du nombre de patients nécessitant la dialyse a justifié d'autres expansions. Le service satellite de dialyse à Fredericton est passé de cinq à sept stations. De plus, l'étape finale de l'expansion du service de dialyse de l'hôpital régional Dr Georges-L. Dumont, à Moncton, a pris fin en 2005-2006. Le service dispose maintenant de 54 stations, une augmentation nette de 12 stations.

Service de gestion provincial de la phénylcétonurie (PCU)

En 2005-2006, un nouveau service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU) a été mis sur pied à l'hôpital régional Dr Georges-L. Dumont, à Moncton.

La PCU est une erreur innée du métabolisme qui empêche la métabolisation appropriée d'un acide aminé précis, un des éléments constitutifs de la protéine, entraînant des troubles neurologiques graves, comme un retard de développement du cerveau. Un régime alimentaire strict dès la naissance préviendra des dommages irréversibles au cerveau. Jusqu'à ce jour, les résidents du Nouveau-Brunswick touchés par cette condition étaient suivis par une équipe en Nouvelle-Écosse.

La nouvelle équipe multidisciplinaire de l'hôpital Dumont offre un traitement quotidien complet et continu à l'échelle provinciale à tous les patients atteints de la PCU. Ces soins continus sont offerts sous forme de services à domicile et de services d'approche, y compris les visites à domicile, les cliniques régionales et le counseling par téléphone.

L'équipe multidisciplinaire se compose de deux pédiatres, d'un médecin de famille, d'un diététiste, d'une infirmière, d'un psychologue, d'un travailleur social et du personnel de soutien administratif. De plus, les spécialistes suivants offrent des services de consultation : un endocrinologue et un gynécologue.

Gestion de l'accès aux services de chirurgie

Réseau d'accès aux soins chirurgicaux

Le Plan provincial de la santé prévoyait la mise en place d'un réseau de soins chirurgicaux fondés sur les principes de l'équité, de la pertinence et de la certitude afin d'assurer à la population du Nouveau-Brunswick l'accès à des services de chirurgie en temps opportun. Le réseau est maintenant en place et est dirigé par le comité consultatif du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick qui doit rendre des comptes à la sous-ministre de la Santé. Le comité consultatif est présidé par un membre du public et ses membres proviennent des huit régies régionales de la santé, du Collège des médecins et chirurgiens, de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et du ministère de la Santé. Les principales responsabilités du comité consultatif sont les suivantes :

1. la planification et la gestion des services chirurgicaux au Nouveau-Brunswick;
2. l'élaboration des normes et la surveillance du rendement;
3. la communication et la sensibilisation du public.

Le comité consultatif compte deux sous-comités : le sous-comité sur les connaissances et l'évaluation et le sous-comité sur les services cliniques. Les deux sous-comités sont présidés par des chirurgiens. Les principales responsabilités des sous-

the subcommittees are as follows.

Clinical Services Subcommittee:

- clinical advisory role
- service planning and process improvement
- outcomes/evaluation
- integrated care pathways

Knowledge and Evaluation Subcommittee:

- creation and maintenance of the surgical registry
- patient classification and acuity scoring methodology
- data analysis
- data reporting
- research
- evaluation

The membership on these subcommittees has been drawn from the Regional Health Authorities, physicians and the Department of Health.

The Advisory Committee met three times in 2005-06. Representatives from the Regional Health Authorities and physicians, whose names were put forward to be members of the subcommittees, were invited to a special meeting of the Advisory Committee in March 2006 at which a team from Saskatchewan presented their work to date on surgical access management.

New Brunswick Surgical Care Network Public Website

On Feb. 1, 2006, the Minister of Health launched the first phase of the New Brunswick Surgical Care Network public website. The website has been developed to provide a greater understanding of surgical wait times. The information it contains will help New Brunswickers better appreciate the complexity of this issue and to make informed decisions about their own care. Information on the site, which can be found at www.gnb.ca keyword 'health' or http://www.gnb.ca/0217/NBSCN-RSCNB/index-e.asp, includes:

- Types of surgery performed in New Brunswick by hospital
- Specialists who offer surgery in New Brunswick
- Questions to ask your surgeon
- Frequently asked questions and answers on wait-time management
- Wait times for various types of surgeries, by hospital

Surgical Operational Review of 16 Facilities that offer Scheduled Surgery

An operational review of the entire peri-operative episode was initiated at the 16 facilities that offer

comités sont les suivantes :

Sous-comité sur les services cliniques :

- rôle consultatif clinique;
- planification des services et amélioration des processus;
- résultats et évaluation;
- cheminements vers des soins intégrés.

Sous-comité sur les connaissances et l'évaluation :

- création et maintien du registre des interventions chirurgicales;
- classification des patients et méthode de notation de l'acuité;
- analyse des données;
- communication des données;
- recherche;
- évaluation.

Les membres de ces sous-comités proviennent des régies régionales de la santé, de la communauté des médecins et du ministère de la Santé.

Le comité consultatif a tenu trois rencontres en 2005-2006. Les représentants des régies régionales de la santé et de la communauté de médecins, dont les noms ont été proposés pour devenir membres des sous-comités, ont été invités à une rencontre spéciale avec le comité consultatif au mois de mars 2006 pour assister à la présentation d'une équipe de la Saskatchewan qui a démontré son travail à ce jour en matière de gestion de l'accès aux soins chirurgicaux.

Site Web public du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

Le 1er février 2006, le ministre de la Santé a lancé la première phase du site Web public du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick. Le site Web a été mis sur pied pour favoriser une plus grande compréhension des délais d'attente pour une intervention chirurgicale. Les renseignements contenus dans le site aideront les résidents du Nouveau-Brunswick à mieux comprendre la complexité de la question et à prendre de meilleures décisions relativement à leurs soins personnels. Les renseignements présentés sur le site sont accessibles à partir de l'adresse www.gnb.ca, mot-clé : santé ou à l'adresse http://www.gnb.ca/0217/NBSCN RSCNB/index f.asp et comprennent notamment :

- les types de chirurgies que l'on effectue au Nouveau-Brunswick, selon hôpital;
- les spécialistes offrant des services de chirurgie au Nouveau-Brunswick;
- les questions à poser à votre chirurgien;
- les questions fréquentes à propos de la gestion des délais d'attente et les réponses à ces questions;
- les délais d'attente pour divers types de chirurgies selon l'hôpital.

Examen des activités de chirurgie de 16 établissements offrant le service de chirurgie prévue

Un examen des activités entourant toutes les interventions péri-opératoires a été entamé dans les 16 établissements offrant le

scheduled surgery in New Brunswick. The review included a provincial surgery operational review and best practice analysis of each of the 16 surgical sites and a provincial surgery benchmark analysis of 10 of those sites. All 16 sites were asked to submit data for review and the first two facilities were visited in March 2006.

The goal of the review is to identify areas where efficiency can be improved. The operational review will involve looking at processes from pre-surgical screening through to the post-operative period, and will provide comparable information for each surgical site; such information is not available now.

Work underway

The work on the surgical access management initiative is progressing. The areas currently being worked on include:

- Environmental scan of the current systems in use for Operating Room (OR) booking and OR management within the Regional Health Authorities to provide a base for the interfacing required as the Provincial Surgical Patient Registry is implemented.
- Environmental scan of the current systems in place in other provincial/territorial jurisdictions for a provincial surgical patient registry to determine the best approach for New Brunswick.
- Development and approval of funding for an access manager position for each Regional Health Authority. The role of the access manager will be to interface with the public to provide information and support to patients to assist them in managing their wait time for surgery; and to work with the surgical team and senior management from their RHA to develop an understanding of current surgical issues, analyze information and reports, and ensure tools are developed or obtained to assist with surgical access management.
- Surgical working group for each surgical specialty in the province to develop a surgical prioritization tool using objective criteria for their respective specialty and to develop a minimum and maximum wait time for each of the surgical procedures in their respective specialty. This will provide a consistent process across the province.
- Software development and implementation of a provincial surgical patient registry that is bilingual. This will provide a complete list of all patients waiting for surgery in New Brunswick and how long they have been waiting. It will provide current lists based on the level of priority of the surgery and the length of time waited. The registry will be piloted in January 2007 and provincewide implementation is expected by December 2007.

service de chirurgie prévue au Nouveau-Brunswick. L'examen comprenait une revue des activités de chirurgie à l'échelle de la province et une analyse des meilleures pratiques de chacun des 16 établissements offrant un service de chirurgie ainsi qu'une analyse comparative des interventions chirurgicales dans la province dans le cas de 10 de ces établissements. On a demandé aux 16 établissements de soumettre des données aux fins d'examen, et les deux premiers établissements ont fait l'objet d'une visite en mars 2006.

L'objectif de l'examen est de cerner les domaines où l'efficacité pourrait être améliorée. L'examen des activités comprendra l'évaluation des processus y compris, notamment, le tri avant la chirurgie jusqu'à la période postopératoire, et fournira des renseignements équivalents pour chaque établissement offrant des interventions chirurgicales. De tels renseignements ne sont pas disponibles pour le moment.

Travaux en cours

Le travail à l'échelle de l'initiative de gestion de l'accès aux services chirurgicaux progresse. Les secteurs touchés à l'heure actuelle comprennent :

- l'analyse de l'environnement des systèmes de réservation et de gestion des blocs opératoires actuellement utilisés par les régies régionales de la santé pour assurer l'interaction requise pendant la mise en œuvre du Registre provincial des patients devant subir une intervention chirurgicale;
- l'analyse de l'environnement des systèmes actuellement en place dans d'autres provinces ou territoires pour un registre provincial de patients devant subir une intervention chirurgicale afin de déterminer la meilleure approche à adopter au Nouveau-Brunswick;
- l'élaboration et l'approbation du financement d'un poste de gestionnaire de l'accès pour chaque régie régionale de la santé; le rôle du gestionnaire de l'accès consistera à interagir avec le public pour fournir des renseignements ainsi que de l'appui aux patients pour les aider à gérer les délais d'attente pour une chirurgie, à collaborer avec l'équipe de chirurgie ainsi qu'avec les cadres supérieurs de leur RRS pour comprendre les questions actuelles en matière de chirurgie et les renseignements et rapports d'analyse et à s'assurer que des outils sont élaborés ou obtenus pour appuyer la gestion de l'accès aux services chirurgicaux;
- un groupe de travail spécialisé en chirurgie pour chaque spécialité chirurgicale dans la province dans le but d'élaborer un outil de priorisation chirurgicale à l'aide de critères objectifs pour chaque spécialité et d'établir un délai d'attente minimal et maximal pour chacune des interventions chirurgicales de leur spécialité respective. On obtiendra ainsi un processus constant à l'échelle de la province;
- le développement de logiciels et la mise en œuvre d'un registre provincial bilingue des patients devant subir une intervention chirurgicale. Ce registre comportera une liste complète de tous les patients devant subir une chirurgie au Nouveau-Brunswick et le délai d'attente de chacun. Il offrira des listes mises à jour en fonction du degré de priorité de la chirurgie et du délai d'attente. Le registre sera mis à l'essai en janvier 2007 et sa mise en place à l'échelle de la province est prévue pour le mois de décembre 2007.

Announcement of national evidence-based benchmarks

On Dec. 12, 2005, in collaboration with the other provincial and territorial jurisdictions, New Brunswick agreed to 10 evidence-based benchmarks for cancer and heart treatments, diagnostic imaging, joint replacement and sight restoration.

Of those benchmarks, some have a direct bearing on the provincial Surgical Access Management initiative. Under the agreed upon benchmarks, provinces and territories will strive to provide:

- Hip fracture fixation within 48 hours;
- Hip replacements within 26 weeks;
- Knee replacements within 26 weeks;
- Surgery to remove cataracts within 16 weeks for patients who are at high risk;
- Three benchmarks for cardiac surgery
  - within two weeks for Level One patients;
  - within six weeks for Level two patients; and
  - within 26 weeks for Level Three patients

Each province and territory will now continue to pursue its own strategy to improve access to these procedures so that, by the end of 2007, they can establish multi-year targets to achieve these benchmarks in accordance with the 10-Year Plan to Strengthen Health Care reached by First Ministers in 2004.

Surgical Waiting Lists

Until the provincial Surgical Patient Registry is operational in all Regional Health Authorities, the Department of Health utilizes two sources of data to provide information on numbers of patients waiting for surgery and average wait time. The data submitted on a quarterly basis by the Regional Health Authorities is used to report the number of individuals on the wait list.

The following table represents the wait list for surgical procedures as reported by the Regional Health Authorities.

Annonce des points de référence nationaux fondés sur des faits

Le 12 décembre 2005, en collaboration avec les autres provinces et territoires, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a approuvé dix points de référence fondés sur des faits en ce qui concerne les traitements du cancer et des maladies cardiaques, l'imagerie de diagnostic, l'arthroplastie et la restauration de la vue.

Certains de ces points de référence ont une incidence directe sur l'initiative provinciale de gestion de l'accès aux services chirurgicaux. Conformément aux points de référence approuvés, les provinces et les territoires auront les objectifs suivants :

- La réparation d'une fracture de la hanche en moins de 48 heures.
- L'arthroplastie de la hanche en moins de 26 semaines.
- L'arthroplastie du genou en moins de 26 semaines.
- L'extraction de cataractes en moins de 16 semaines pour les patients exposés à des risques élevés.
- Trois points de référence ont été définis pour la chirurgie cardiaque :
  - moins de deux semaines pour les patients de niveau un;
  - moins de six semaines pour les patients de niveau deux;
  - moins de 26 semaines pour les patients de niveau trois.

Chaque province et territoire poursuivra maintenant la mise en œuvre de sa propre stratégie d'amélioration de l'accès à ces interventions chirurgicales afin que, d'ici la fin de l'année 2007, des objectifs pluriannuels soient établis en vue de la réalisation de ces points de référence conformément au plan décennal qui a été établi par les premiers ministres en 2004 pour renforcer les soins de santé.

Listes d'attente pour une intervention chirurgicale

En attendant la mise en œuvre du registre provincial de patients devant subir une intervention chirurgicale dans toutes les régies régionales de la santé, le ministère de la Santé utilise deux sources de données pour fournir les renseignements sur le nombre de patients devant subir une chirurgie ainsi que les délais d'attente. Les données soumises à chaque trimestre par les régies régionales de la santé sont utilisées pour signaler le nombre de personnes figurant sur la liste d'attente.

Le tableau suivant représente la liste d'attente pour les interventions chirurgicales telle qu'elle est fournie par les régies régionales de la santé.

Regional Health Authority/Régie régionale de la santé

Regional Health Authority/Régie régionale de la santé

	Sep-02	Mar-03	Sep-03	Mar-04	Sep-04	Mar-05	Sep-05	Mar-06
1B	2,224	2,073	2,461	2,646	2,703	2,926	2,773	2,889
1SE	3,704	3,845	3,670	3,584	3,898	3,862	3,994	3,960
2	3,520	3,626	4,002	4,106	4,416	4,303	4,347	4,255
3	2,716	2,496	2,691	2,770	3,027	2,846	2,651	3,267
4	819	898	999	1,146	1,186	1,226	1,199	1,213
5	351	560	523	285	350	392	351	265
6	1,019	846	1,146	1,155	1,366	1,493	1,616	1,648
7	838	547	425	371	441	367	413	409
Provincial	**15,191**	**14,891**	**15,917**	**16,063**	**17,387**	**17,415**	**17,344**	**17,906**

A second methodology, also used in other jurisdictions, has been developed to provide some insights in the wait time for surgery.

The methodology involves utilizing the date of the last major consult with the specialist performing the surgery and the date the surgery was performed. The first number is provided by the Medicare database whereas the second number is from the Discharge Abstract Database (DAD), a database containing information on all admissions and day surgeries in the country. At this time, the methodology has been applied to gather information for six surgical procedures.

This information is currently available on the Surgical Care Network public website and includes the following procedures.

Une deuxième méthode, également utilisée par d'autres provinces et territoires, a été élaborée pour fournir certains renseignements sur le délai d'attente pour une intervention chirurgicale.

Cette méthode vise à utiliser la date de la dernière consultation majeure avec le spécialiste effectuant la chirurgie et la date à laquelle la chirurgie a été effectuée. La première donnée est fournie par la base de données de l'Assurance-maladie alors que la seconde provient de la base de données sur les congés des patients (BDCP) qui comporte l'information sur toutes les admissions et les chirurgies d'un jour au pays. À l'heure actuelle, la méthode a été appliquée pour recueillir des données sur six interventions chirurgicales.

Cette information est actuellement disponible à partir du site Web public du réseau de soins chirurgicaux et comprend les chirurgies suivantes.

Percentage of Cataract Removal Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2004 - March 2005 by RHA

RHA	Facility	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Between 24 and 36 months	36 and Over	% of Total Surgical Cases Completed	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont	62.90%	20.39%	3.12%	1.19%	3.49%	2.48%	4.59%	1.84%	100%	
RHA 1SE	Moncton (The)	74.61%	4.04%	2.47%	2.02%	2.92%	3.37%	6.07%	4.49%	100%	
RHA 2	St. Joseph's Hospital	35.36%	26.38%	13.15%	7.46%	7.54%	4.25%	4.17%	1.68%	100%	
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional	18.03%	22.95%	11.48%	11.48%	4.92%	4.92%	8.20%	18.03%	100%	
	Oromocto Public	55.98%	18.82%	5.42%	2.23%	5.58%	2.87%	3.19%	5.90%	100%	
	Carleton Memorial	75.53%	8.86%	2.95%	2.11%	2.11%	2.53%	1.69%	4.22%	100%	
RHA 3	RHA 3(Subtotal)	58.49%	16.54%	5.19%	2.81%	4.65%	2.92%	3.14%	6.27%	100%	
RHA 4	Edmundston Regional	35.20%	42.40%	2.80%	2.00%	4.00%	2.80%	3.20%	7.60%	100%	
RHA 5	Campbellton Regional	53.49%	10.08%	3.88%	0.00%	4.65%	5.43%	3.10%	19.38%	100%	
RHA 6	Chaleur Regional	39.20%	9.05%	7.04%	3.52%	4.52%	5.03%	11.56%	20.10%	100%	
RHA 7	Miramichi Regional	40.00%	17.85%	4.00%	5.23%	4.00%	3.08%	8.92%	16.92%	100%	
Provincial Wait Time		**51.29%**	**19.90%**	**6.42%**	**3.69%**	**4.90%**	**3.38%**	**4.82%**	**5.60%**	**100%**	**8019**

Chirurgies de la cataracte complétées en pourcentage, par catégorie de délai d'attente, avril 2004 à mars 2005 par régie régionale de la santé

RRS	Établissement	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois	De 6 à 9 mois	De 9 à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	De 24 à 36 mois	Plus de 36 mois	% du total des chirurgies complétées	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôp. régional Dr. Georges-L. Dumont	62,90 %	20,39 %	3,12 %	1,19 %	3,49 %	2,48 %	4,59 %	1,84 %	100 %	
RRS 1SE	Moncton Hospital	74,61 %	4,04 %	2,47 %	2,02 %	2,92 %	3,37 %	6,07 %	4,49 %	100 %	
RRS 2	Hôpital St. Joseph	35,36 %	26,38 %	13,15 %	7,46 %	7,54 %	4,25 %	4,17 %	1,68 %	100 %	
RRS 3	Dr Everett Chalmers	18,03 %	22,95 %	11,48 %	11,48 %	4,92 %	4,92 %	8,20 %	18,03 %	100 %	
	Oromocto Public	55,98 %	18,82 %	5,42 %	2,23 %	5,58 %	2,87 %	3,19 %	5,90 %	100 %	
	Carleton Memorial	75,53 %	8,86 %	2,95 %	2,11 %	2,11 %	2,53 %	1,69 %	4,22 %	100 %	
RRS 3	RHA 3 (total partiel)	58,49 %	16,54 %	5,19 %	2,81 %	4,65 %	2,92 %	3,14 %	6,27 %	100 %	
RRS 4	Hôp. régional d'Edmundston	35,20 %	42,40 %	2,80 %	2,00 %	4,00 %	2,80 %	3,20 %	7,60 %	100 %	
RRS 5	Hôp. régional de Campbellton	53,49 %	10,08 %	3,88 %	0,00 %	4,65 %	5,43 %	3,10 %	19,38 %	100 %	
RRS 6	Hôp. régional Chaleur	39,20 %	9,05 %	7,04 %	3,52 %	4,52 %	5,03 %	11,56 %	20,10 %	100 %	
RRS 7	Hôp. régional de Miramichi	40,00 %	17,85 %	4,00 %	5,23 %	4,00 %	3,08 %	8,92 %	16,92 %	100 %	
Délai d'attente provincial		**51,29 %**	**19,90 %**	**6,42 %**	**3,69 %**	**4,90 %**	**3,38 %**	**4,82 %**	**5,60 %**	**100 %**	**8 019**

Percentage of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery Completed by Wait Time Category in Months April 2004 - March 2005 by RHA

RHA	Facility	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	% Total Surgical Cases Completed	Total Number of Surgical Cases Completed
RHA 2	Saint John Regional (SJRH)	87.90%	9.95%	1.34%	0.54%	0.00%	0.00%	0.27%	100%	
Provincial Wait Time		**87.90%**	**9.95%**	**1.34%**	**0.54%**	**0.00%**	**0.00%**	**0.27%**	**100%**	**467**

Pontages aorto-coronariens complétés en pourcentage, par catégorie de délai d'attente, d'avril 2004 à mars 2005 par régie régionale de la santé

RRS	Établissement	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois	De 6 à 9 mois	De 9 à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	% Total des chirurgies complétées	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	87,90%	9,95%	1,34%	0,54%	0,00%	0,00%	0,27%	100%	
Délai d'attente provincial		**87,90%**	**9,95%**	**1,34%**	**0,54%**	**0,00%**	**0,00%**	**0,27%**	**100%**	**467**

Percentage of Hip Replacement Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2004 - March 2005 by RHA

RHA	Facility	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	% of Total Surgical Cases Completed	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont	42.2%	31.1%	11.1%	6.7%	4.4%	4.4%	0.0%	100.0%	
RHA 1SE	Moncton (The)	49.3%	26.0%	11.0%	5.5%	5.5%	1.4%	1.4%	100.0%	
RHA 2	Saint John Regional (SJRH)	22.0%	26.0%	16.0%	16.0%	13.0%	4.0%	3.0%	100.0%	
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional	37.6%	37.6%	15.6%	4.6%	1.8%	2.8%	0.0%	100.0%	
RHA 4	Edmundston Regional	23.8%	19.0%	33.3%	9.5%	4.8%	4.8%	4.8%	100.0%	
RHA 5	Campbellton Regional	68.8%	25.0%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
RHA 6	Chaleur Regional	37.5%	37.5%	6.3%	12.5%	0.0%	0.0%	6.3%	100.0%	
RHA 7	Miramichi Regional	44.4%	44.4%	5.6%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	100.0%	
Provincial Wait time		**37.2%**	**30.7%**	**13.8%**	**8.3%**	**5.8%**	**2.8%**	**1.5%**	**100.0%**	**853**

Remplacements de hanche complétés en pourcentage, par catégorie de délai d'attente, avril 2004 à mars 2005 par régie régionale de la santé

RRS	Établissement	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois	De 6 à 9 mois	De 9 à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	% du total des chirurgies complétées	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôp. Dr-Georges-L. Dumont	42,2 %	31,1 %	11,1 %	6,7 %	4,4 %	4,4 %	0,0 %	100,0 %	
RRS 1SE	Moncton Hospital	49,3 %	26,0 %	11,0 %	5,5 %	5,5 %	1,4 %	1,4 %	100,0 %	
RRS 2	Hôp. régional de Saint John	22,0 %	26,0 %	16,0 %	16,0 %	13,0 %	4,0 %	3,0 %	100,0 %	
RRS 3	Hôp. régional Dr Everett Chalmers	37,6 %	37,6 %	15,6 %	4,6 %	1,8 %	2,8 %	0,0 %	100,0 %	
RRS 4	Hôp. régional d'Edmundston	23,8 %	19,0 %	33,3 %	9,5 %	4,8 %	4,8 %	4,8 %	100,0 %	
RRS 5	Hôp. régional de Campbellton	68,8 %	25,0 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	
RRS 6	Hôp. régional Chaleur	37,5 %	37,5 %	6,3 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	100,0 %	
RRS 7	Hôp. régional de Miramichi	44,4 %	44,4 %	5,6 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	
Délai d'attente provincial		**37,2 %**	**30,7 %**	**13,8%**	**8,3 %**	**5,8 %**	**2,8 %**	**1,5 %**	**100,0 %**	**853**

Percentage of Knee Replacement Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2004 - March 2005 by RHA

RHA	Facility	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	% of Total Surgical Cases Completed	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont	40.0%	20.0%	18.2%	7.3%	9.1%	1.8%	3.6%	100.0%	
RHA 1SE	Moncton (The)	38.3%	25.8%	11.7%	10.0%	5.8%	5.0%	3.3%	100.0%	
RHA 2	Saint John Regional (SJRH)	14.9%	21.9%	18.9%	13.4%	13.4%	8.5%	9.0%	100.0%	
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional	21.6%	29.4%	21.1%	10.3%	10.8%	2.9%	3.9%	100.0%	
RHA 4	Edmundston Regional	0.0%	36.4%	9.1%	18.2%	27.3%	0.0%	9.1%	100.0%	
RHA 5	Campbellton Regional	69.0%	20.7%	10.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
RHA 6	Chaleur Regional	34.5%	31.0%	31.0%	0.0%	3.4%	0.0%	0.0%	100.0%	
RHA 7	Miramichi Regional	18.9%	51.4%	18.9%	2.7%	5.4%	2.7%	0.0%	100.0%	
Provincial Wait Time		**26.1%**	**26.8%**	**18.2%**	**9.8%**	**9.8%**	**4.5%**	**4.8%**	**100.0%**	**892**

Remplacements du genou complétés en pourcentage, par catégorie de délai d'attente, avril 2004 à mars 2005 par régie régionale de la santé

RRS	Établissement	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois	De 6 à 9 mois	De 9 à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	% du total des chirurgies complétées	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôp. Dr-Georges-L. Dumont	40,0%	20,0%	18,2%	7,3%	9,1%	1,8%	3,6%	100,0%	
RRS 1SE	Moncton Hospital	38,3%	25,8%	11,7%	10,0%	5,8%	5,0%	3,3%	100,0%	
RRS 2	Hôp. régional de Saint John	14,9%	21,9%	18,9%	13,4%	13,4%	8,5%	9,0%	100,0%	
RRS 3	Hôp. régional Dr Everett Chalmers	21,6%	29,4%	21,1%	10,3%	10,8%	2,9%	3,9%	100,0%	
RRS 4	Hôp. régional d'Edmundston	0,0%	36,4%	9,1%	18,2%	27,3%	0,0%	9,1%	100,0%	
RRS 5	Hôp. régional de Campbellton	69,0%	20,7%	10,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
RRS 6	Hôp. régional Chaleur	34,5%	31,0%	31,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	100,0%	
RRS 7	Hôp. régional de Miramichi	18,9%	51,4%	18,9%	2,7%	5,4%	2,7%	0,0%	100,0%	
Délai d'attente provincial		**26,1%**	**26,8%**	**18,2%**	**9,8%**	**9,8%**	**4,5%**	**4,8%**	**100,0%**	**892**

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program

New Brunswick was one of the original Canadian jurisdictions to establish a program for universal newborn and infant hearing screening. The New Brunswick Universal Newborn and Infant Hearing Screening Program (UNIHSP) includes the following components: screening, diagnosis by three months of age, intervention by appropriate service providers, and monitoring through a computerized database. Benchmarks identified by audiologists providing this service include a 95 per cent screening rate during birth admissions, diagnosis of hearing loss within four months of birth and amplification, when appropriate, of babies identified with hearing loss within six months of birth. Given the relationship of hearing to language acquisition and the importance of solid receptive vocabulary skills for school success upon kindergarten entry, this program's objective to identify and fit amplification for children earlier will help ensure that key developmental milestones are achieved.

Since inception, the program has identified 31 infants born with a permanent hearing loss. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years.

Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons

Le Nouveau-Brunswick a été une des premières provinces canadiennes à établir un programme de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons. Le Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons du Nouveau-Brunswick comprend les volets suivants : dépistage, diagnostic avant l'âge de trois mois, intervention par les fournisseurs de services compétents et surveillance à l'aide d'une base de données informatisée. Les points de référence déterminés par des audiologistes du programme visent à obtenir un taux de dépistage de 95 pour cent à l'admission à la naissance; le diagnostic de perte d'audition dans un délai de quatre mois après la naissance; la prestation de services d'amplification, s'il y a lieu, pour les bébés chez qui on a diagnostiqué une perte d'audition dans les six mois après la naissance. Étant donné la relation entre l'audition et l'acquisition du langage et l'importance de solides capacités réceptives de vocabulaire pour le succès scolaire à l'entrée à la maternelle, l'objectif de ce programme, qui est de dépister les problèmes d'audition chez les enfants et de leur offrir des services d'amplification plus tôt, permettra aux enfants de profiter d'une intervention précoce pour s'assurer que les jalons clés du développement sont atteints.

Depuis le début, le programme a permis de déceler une perte auditive permanente chez 31 nourrissons. Ce dépistage précoce de la perte auditive permet de s'assurer que ces enfants recevront l'équipement, la réadaptation et le soutien adéquats au cours des années de formation.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program - Sensorineural Hearing Loss Identification By RHA
Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons - Dépistage de la surdité de perception, par RRS

Regional Health Authority/ Régie régionale de la santé	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
RHA 1B/RRS 1B	1	0	1	0
RHA 1SE/RRS 1SE	0	3	3	2
RHA 2/RRS 2	2	4	3	3
RHA 3/RRS 3	0	1	0	3
RHA 4/RRS 4	0	0	0	1
RHA 5/RRS 5	0	0	0	0
RHA 6/RRS 6	0	1	1	1
RHA 7/RRS 7	0	0	1	0
AnnualTotal/Total annuel	3	9	9	10
CumulativeTotal/Total cumulatif	3	12	21	31

Cochlear Implant Follow-Up Services

In 2005, the Department of Health approved the establishment of a provincial cochlear implant follow-up service to be provided by the Audiology Department at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst. This provincial service does not replace the surgical services currently provided out of province; rather it offers services closer to home for post-surgical procedures related to cochlear implant mapping and equipment maintenance. Services are provided by two part-time audiologists and one part-time support personnel. Audiologists providing follow-up services have received specialized training from the two major cochlear implant companies; Advance Bionics and Cochlear

Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires

En 2005, le ministère de la Santé a approuvé la mise sur pied d'un service provincial de suivi pour les personnes porteuses d'implants cochléaires offert par le service d'audiologie de l'hôpital régional Chaleur à Bathurst. Ce service provincial ne remplace pas les services chirurgicaux actuellement offerts à l'extérieur de la province. Il offre plutôt des services aux patients plus près de chez eux pour les interventions post-opératoires relatives au mappage des implants cochléaires et à l'entretien des appareils. Les services sont assurés par deux audiologistes à temps partiel et un employé de soutien à temps partiel. Les audiologistes offrant des services de suivi ont reçu une formation spécialisée auprès de deux importantes entreprises d'implants cochléaires, soit Advance Bionics et Cochlear

Americas. Access to ear, nose and throat services and speech language pathology is available if required for patients.

As of 2005/06, there were 39 New Brunswickers — 21 children and 18 adults — receiving cochlear implant follow-up services through the Chaleur Regional Hospital. Services are provided in a collaborative manner with the patient's surgical centre to ensure continuity of care and client centred service delivery.

PET-CT
On June 23, 2005, government announced the introduction of a new provincial PET-CT service. The PET-CT technology combines the benefits of a Positron Emission Tomography (PET) scanner and a Computerized Tomography (CT) scanner in one state-of-the-art medical diagnostic imaging device.

This new service will be offered at two locations — the Saint John Regional Hospital and the Dr-Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton — and will be accessible to all New Brunswickers.

Organ and Tissue Procurement
Amendments to The New Brunswick *Human Tissue Gift Act* were proclaimed on April 29, 2005. The amendment requires that all hospital deaths be considered as potential organ and/or tissue donors. In order to accommodate these referrals, a toll free line staffed 24/7 by trained bilingual nurses was established to provide initial screening. The Regional Health Authorities were given time to implement this process and started reporting all hospital deaths at various times throughout the year. This will increase the number of referrals and the overall number of donors in the province. Although the resulting increase is expected to be small in respect to organ donors, it is expected to be significant in respect to tissue donors. In jurisdictions where required referral has been enacted, increases in tissue donation have been in the vicinity of 300 per cent.

Unlike organ donation, there is no national template to produce regular reports of tissues retrieved. The New Brunswick Organ Procurement Program is the only program in the country to report tissue donation from a provincewide perspective. Tissues that are commonly retrieved are corneas, eye tissue, bone, skin and heart valves. In addition, saphenous veins and fascia can also be retrieved.

In April 2005, a workshop was held for physicians, nurses and respiratory therapists who work in the Intensive Care setting to provide these health professionals with Canadian best practices in the areas of declaration of death by neurological criteria and the medical management of the multiple organ donor.

Americas. Au besoin, les patients peuvent accéder à des services d'oto-rhino-laryngologie et d'orthophonie.

En 2005-2006, 39 Néo-Brunswickois porteurs d'implants cochléaires (21 enfants et 18 adultes) ont reçu des services de suivi à l'hôpital régional Chaleur. Les services sont offerts en collaboration avec le centre de chirurgie du patient afin de garantir la continuité des soins et une prestation de services axée sur le client.

TEP-CT
Le 23 juin 2005, le gouvernement a annoncé l'ajout d'un nouveau service provincial de TEP-CT. La technologie TEP-CT combine les avantages de la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomographie par ordinateur (CT) en un seul appareil d'imagerie de diagnostic de pointe.

Ce nouveau service sera dispensé à deux endroits, soit à l'hôpital régional de Saint John et à l'hôpital régional Dr Georges-L. Dumont, et sera offert à tous les résidents du Nouveau-Brunswick.

Dons d'organes et de tissus
Les modifications apportées à la *Loi sur les dons de tissus humains* du Nouveau-Brunswick ont été proclamées le 29 avril 2005. Grâce à ces changements, tous les décès survenant à l'hôpital peuvent être considérés pour des dons d'organes ou de tissus potentiels. Afin de faciliter l'aiguillage des donneurs, une ligne sans frais desservie par des infirmières bilingues formées est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour effectuer un tri initial. Les régies régionales de la santé ont eu l'occasion de mettre ce processus en marche et ont commencé à signaler tous les décès en milieu hospitalier à différents moments au cours de l'année. Cette méthode permettra d'augmenter le nombre de donneurs dirigés et le nombre général de donneurs dans la province. Bien que l'on prévoie que l'augmentation résultante soit minime dans le cas des dons d'organes, on s'attend à ce qu'elle soit significative en ce qui a trait aux dons de tissus. Dans les provinces ou territoires où l'aiguillage requis a été adopté, les dons de tissus ont connu une augmentation d'environ 300 pour cent.

Contrairement aux dons d'organes, aucun modèle national n'existe pour générer des rapports périodiques sur les tissus recueillis. Le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick constitue le seul programme dans le pays qui signale les dons de tissus à l'échelle de la province. Les tissus couramment prélevés sont les cornées, les tissus oculaires, les os, la peau et les valvules cardiaques. Les veines saphènes et le fascia peuvent aussi être prélevés.

En avril 2005, un atelier a été offert aux médecins, aux infirmières et aux inhalothérapeutes travaillant aux soins intensifs afin de fournir à ces professionnels de la santé les meilleures pratiques canadiennes en matière de déclaration d'un décès selon des critères neurologiques et de gestion médicale des dons d'organes multiples.

Organ and Tissue Procurement

Year	2003-04	2004-05	2005-06
Number of Referrals	83	102	114
Number of Donor			
Organ Only	3	5	4
Organ and Tissue	7	7	11
Tissue Only	68	86	96
Total Number of Donors	78	98	111
Organs Procured			
Heart	5	7	11
Liver	9	10	13
Lungs	8	2	16
Kidney	19	20	30
Pancreas	4	5	7
Tissues Procured			
Heart for Valves	3	10	6
Cornea	141	174	201
Skin	18	20	20
Bone	25	30	28
Transplant Recipients			
Kidney Recipients (Total)	23	27	21
Heart Recipients	2	5	3
Liver Recipients	6	6	6
Lung Recipients	2	3	5
Pancreas Recipients	2	4	1
Bone Marrow Recipients	13	7	5
Patients on Wait List (March 31)			
Heart	2	1	1
Heart and Lung	0	0	0
Liver	6	7	8
Kidney	49	49	47
Kidney & Pancreas	2	0	0
Kidney & Heart	0	0	0
Pancreas	2	0	0
Lung	0	0	6

Tele-Care Services

Tele-Care Services and health-related information lines provide residents of New Brunswick with bilingual access to telephone triage, advice and information for non-urgent problems 24 hours a day, seven days a week by way of toll-free lines.

Services include:

- the Tele-Care line (1-800-244-8353) provides triage and advice for non-urgent symptom-specific health conditions;
- the Poison Information line (accessed through the Emergency 911 line) provides high-priority response with poison information to New Brunswick residents and health providers and facilities;
- the Rabies Information line (1-877-372-2437) provides callers with information and advice on rabies and rabies exposure, as well as rabies-specific referrals to other government departments and services;
- the West Nile Virus (WNV) line (1-800-580-0038) provides information about the virus, the risk of

Dons d'organes et du tissus

Année	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Nombre de donneurs dirigés	83	102	114
Nombre de donneurs			
Organes seulement	3	5	4
Organes et tissus	7	7	11
Tissus seulement	68	86	96
Nombre total de donneurs	78	98	111
Organes donnés			
Cœur	5	7	11
Foie	9	10	13
Poumons	8	2	16
Reins	19	20	30
Pancréas	4	5	7
Tissus donnés			
Cœur pour valvules cardiaques	3	10	6
Cornée	141	174	201
Peau	18	20	20
Os	25	30	28
Receveurs			
Reins (Total)	23	27	21
Cœur	2	5	3
Foie	6	6	6
Poumons	2	3	5
Pancréas	2	4	1
Moelle osseuse	13	7	5
Patients en attente d'une greffe (au 31 mars)			
Cœur	2	1	1
Cœur et poumons	0	0	0
Foie	6	7	8
Reins	49	49	47
Reins et pancréas	2	0	0
Reins et cœur	0	0	0
Pancréas	2	0	0
Poumon	0	0	6

Services Télé-Soins

Les services Télé-Soins et les lignes d'information sur la santé offrent aux résidents du Nouveau-Brunswick un service bilingue de triage, de conseils et d'information pour des conditions non urgentes, tous les jours, 24 heures sur 24, au moyen de lignes téléphoniques sans frais.

Ces services comprennent :

- la ligne de Télé-Soins (1 800 244-8353) qui offre un service de triage et des conseils pour les conditions non urgentes et comportant des symptômes particuliers;
- la ligne d'information antipoison accessible par l'entremise du Service d'urgence 911 qui assure une intervention prioritaire et fournit de l'information sur les poisons aux résidents, aux installations ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick;
- la ligne d'information sur la rage (1 877 372-2437) qui fournit à l'appelant de l'information et des conseils sur la rage et l'exposition à la rage, et dirige les questions particulières à la rage vers d'autres ministères et services du gouvernement;
- la ligne sur le virus du Nil occidental (1 800 580-0038) – ce service fournit de l'information concernant ce virus et le

exposure, and WNV-specific referrals to government departments and services.

- the Gambling Referral-Line (1-800-461-1234) provides problem gamblers, their families and/or others affected by problem gambling with information related to problem gambling and/or referrals for help.
- Sexually Transmitted Infections (STI) Information Line (1-877-784-1010) provides accurate general information on STIs, including HIV/AIDS, and blood borne pathogens (i.e., Hepatitis C) as well as information on existing regional, provincial and national services and how to access them. Referral service to community resources is available.
- Organ and Tissue Donor Screening Line provides an initial screening for referrals of potential organ and tissue donors. This is a dedicated line for health care professionals in hospitals.

Tele-Care nurses use standardized clinical guideline software to triage calls and rapidly identify callers' needs. Through a telephone interview that lasts an average of 10 minutes, the nurse collects pertinent information and assesses client needs. The nurse provides symptom-specific information for self-care when appropriate or offers information that assists the caller in choosing an appropriate source of care for their symptoms or situation. The department monitors Tele-Care Services on a monthly basis to ensure that provincial performance standards are being met.

Between January and March 2006, an awareness campaign, including radio, TV, and print was developed targeting seniors, new parents and students at post-secondary institutions. The campaign ran during the summer and early fall of 2006.

In 2005-06, Tele-Care served 90,236 registered calls.

risque d'exposition, et achemine les questions particulières concernant le virus vers d'autres ministères et services du gouvernement;

- la ligne téléphonique à l'intention des joueurs compulsifs (1 800 461-1234) – ce service fournit de l'information relative au jeu compulsif aux joueurs, à leur famille ou aux autres personnes touchées par ce problème et leur offre des moyens pour obtenir de l'aide;
- la ligne d'information sur les infections transmises sexuellement (ITS) (1 877 784-1010) – ce service fournit des renseignements généraux précis sur les ITS, y compris le VIH et le SIDA et les pathogènes à diffusion hématogène (p. ex. l'hépatite C) ainsi que de l'information sur les services régionaux, provinciaux et nationaux existants et la façon d'y accéder. Un service d'aiguillage vers les ressources communautaires est disponible;
- la ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus – ce service offre un premier dépistage pour orienter les donneurs d'organes et de tissus potentiels. Il s'agit d'une ligne réservée aux professionnels de la santé dans les hôpitaux.

Les infirmières de Télé-Soins utilisent un logiciel de directives cliniques normalisées pour trier les appels et déterminer rapidement les besoins des appelants. Au cours de l'entrevue téléphonique qui dure environ 10 minutes, l'infirmière recueille l'information pertinente et évalue les besoins du client. Elle donne de l'information précise sur les symptômes pour l'auto-assistance, s'il y a lieu, ou de l'information qui aide l'appelant à choisir la source de soins pertinente pour ses symptômes ou son état. Le ministère évalue les services Télé-Soins chaque mois pour assurer la conformité aux normes de rendement provinciales.

Entre les mois de janvier et mars 2006, une campagne de sensibilisation (radio, télévision et journaux) a été élaborée pour cibler les personnes âgées, les nouveaux parents et les étudiants des institutions postsecondaires. La campagne s'est déroulée au cours de l'été et au début de l'automne 2006.

En 2005-2006, les services Télé-Soins ont enregistré 90 236 appels.

Percentage of Tele-Care Calls by Disposition 2005-06

Self-care at home / information only	22.07%
Referred to family physician / after-hours clinic	44.93%
Referred to emergency room, triage directed	19.42%
Referred to emergency room, no alternative *	1.74%
Referred to emergency 911 (for immediate transport)	4.63%
Other**	6.42%

* Callers directed to emergency room because other more appropriate services were not available (e.g. Family physician, walk in clinics, etc)

** Callers directed to pharmacists, other healthcare professionals, and/or community services

Pourcentage des appels à Télé-Soins par type de services rendus 2005-2006

Auto-assistance à domicile/information uniquement	22,07 %
Dirigé vers un médecin de famille/une clinique après les heures	44,93 %
Dirigé vers les services d'urgence, triage indiqué	19,42 %
Dirigé vers les services d'urgence, aucune solution de rechange *	1,74 %
Dirigé vers l'urgence 911 pour transport immédiat	4,63 %
Autre**	6,42 %

* Appelants dirigés vers les services d'urgence en raison de la non-disponibilité d'autres services plus appropriés (p. ex. médecin de famille, cliniques sans rendez-vous, etc.).
** Appelants dirigés vers les pharmaciens, autres professionnels des soins de santé ou services communautaires.

The New Brunswick Extra-Mural Program
The New Brunswick Extra-Mural Program (EMP) is a provincial home health-care program with a mission *"to provide a comprehensive range of coordinated health care services for individuals of all ages for the purpose of promoting, maintaining or restoring health within the context of their daily lives, and to provide palliative services to support quality end of life care for individuals with progressive life threatening illnesses."*

This mission is accomplished through the provision of services including acute care, palliative care, long-term care, rehabilitation, and home oxygen therapy. The Extra-Mural Program professional service providers include: registered dieticians, nurses, occupational therapists, physiotherapists, respiratory therapists, social workers, and speech language pathologists. Physicians are integral members of the EMP home health-care team in addition to other facility based and community based health services.

Services in EMP have evolved to continue to meet the ongoing needs of New Brunswickers for home health care services. Enhancements in acute and palliative care have been implemented to more effectively care for individuals requiring these services at home. In 2005-06, funding for 15 rehabilitation professionals and short-term personal support was provided. Short-term personal support is provided through the purchasing of essential assistance with activities of daily living (i.e., bathing, feeding). These services are critical for many palliative care patients and their families receiving care at end of life. Approximately six per cent of the EMP caseload receives palliative care.

Currently, approximately 58 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 15 per cent; 75-84 years – 24 per cent; and over 85 years – 19 per cent). Children and adolescents (0-18 years) make up 12 per cent of client services and adults (19-64 years) 30 per cent. Children and adolescents are served primarily by rehabilitation services in the home and school environments. Rehabilitation services are also provided to residents in nursing homes. Home oxygen therapy is provided to approximately five per cent of the EMP provincial caseload.

The EMP has over 669 funded full-time equivalent positions in the province. In 2005-06, 19,008 clients

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick
Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick est un programme provincial de soins de santé à domicile dont la mission est « *d'offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort.* »

Cette mission est accomplie en offrant un ensemble de services, y compris les soins aigus, les soins palliatifs, les soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie. Les professionnels du Programme extra-mural comprennent notamment des diététistes professionnelles, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes, des travailleurs sociaux et des orthophonistes. Les médecins sont des membres à part entière de l'équipe des soins à domicile du PEM en plus d'autres services de santé communautaires et offerts par les établissements.

Les services offerts par le PEM ont évolué pour continuer à répondre aux besoins actuels des résidents du Nouveau-Brunswick en matière de services de soins de santé à domicile. Des améliorations ont été apportées aux soins aigus et aux soins palliatifs afin d'offrir de meilleurs soins aux personnes nécessitant ces services à la maison. En 2005-2006, le ministère a financé l'embauche de 15 professionnels en réadaptation, ainsi que la prestation de services de soutien à la personne de courte durée. Les services de soutien à la personne de courte durée sont disponibles en se procurant de l'aide essentielle pour effectuer des activités de la vie quotidienne (p. ex. bain, alimentation). Ces services sont de première importance pour plusieurs patients des soins palliatifs et leur famille qui reçoivent des soins au terme de leur vie. Environ six pour cent des cas du PEM reçoivent des soins palliatifs.

À l'heure actuelle, environ 58 pour cent des clients qui ont reçu des services du PEM sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 15 pour cent, de 75 à 84 ans – 24 pour cent et plus de 85 ans – 19 pour cent). Les enfants et les adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 12 pour cent des clients recevant des services et les adultes (19 à 64 ans) constituent 30 pour cent des clients. Les besoins des enfants et des adolescents en matière de services ont trait principalement à la réadaptation en milieu scolaire ou à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts aux clients des foyers de soins. L'oxygénothérapie est offerte à environ cinq pour cent des cas du PEM à l'échelle provinciale.

Le PME emploie plus de 669 équivalents à temps plein financés dans la province. En 2005-2006, 19 008 clients ont

were discharged from the program and 439,711 visits (307,077 nursing visits and 132,634 other professional visits) were carried out along with 148,585 telephone contacts (provision of clinical service to client/family over the telephone). There were 26 admissions per 1,000 population estimate.

obtenu leur congé du PEM. Le nombre de visites à atteint 439 711 (307 077 visites par des infirmières et 132 634 visites par d'autres professionnels de la santé) et 148 585 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a signalé environ 26 admissions pour 1 000 personnes.

New Brunswick Extra-Mural Program

		2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006*
Rehabilitation Services**	Visits	82,088	83,656	88,015	88,774
	Telephone Contacts***	23,790	25,471	28,290	27,704
Nursing Services	Visits	296,765	293,968	289,337	307,077
	Telephone Contacts	84,230	91,209	92,634	104,258
Other Clinical Services ****	Visits	41,108	45,178	43,318	43,860
	Telephone Contacts	12,262	13,811	15,246	16,623
Grand Total		**540,243**	**553,293**	**556,840**	**588,296**
FTE's		617	633	645	669
Discharges		17,496	18,344	17,278	19,008
Gross Expenditures ($M)		$43	$45	$50	$55
Average Cost / Visits		$102.39	$106.43	$118.86	$125.08
Average Cost / Discharges		$2,458	$2,453	$2,894	$2,894

* Preliminary Data – All previous year's data has been reviewed and adjusted according to reflect ongoing data improvement initiatives.
** Rehabilitation Services – includes the following professionals; occupational therapy, physiotherapy and speech language pathology.
*** Telephone contacts are direct clinical services provided over the phone to clients and families.
**** Other Clinical Services – includes the following professionals; social work, registered dietician, respiratory therapy.
Source: Hospital Financial Utilization Management System (HFUMS) and EMP Information System (PtCT)

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

		2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006*
Services de réadaptation**	Consultations	82 088	83 656	88 015	88 774
	Appels téléphoniques***	23 790	25 471	28 290	27 704
Soins infirmiers	Consultations	296 765	293 968	289 337	307 077
	Appels téléphoniques	84 230	91 209	92 634	104 258
Autres services cliniques****	Consultations	41 108	45 178	43 318	43 860
	Appels téléphoniques	12 262	13 811	15 246	16 623
Total général		**540 243**	**553 293**	**556 840**	**588 296**
ETP		617	633	645	669
Congés		17 496	18 344	17 278	19 008
Dépenses brutes (M $)		43 $	45 $	50 $	55 $
Coût moyen par consultation		102,39 $	106,43 $	118,86 $	125,08 $
Coût moyen par congé		2 458 $	2 453 $	2 894 $	2 894 $

* Données préliminaires – Toutes les données de l'année antérieure ont été révisées et rajustées en vue de refléter les initiatives continues d'amélioration des données.
** Services de réadaptation – comprends les professionnels suivants : ergothérapeute, physiothérapeute et orthophoniste.
*** Appels téléphoniques – services cliniques dispensés par téléphone aux clients ou à la famille.
**** Autres services cliniques – comprends les professionnels suivants : travailleurs sociaux, diététistes professionnelles, inhalothérapeutes.
Source : Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière et système d'information sur le programme extra-mural

Rehabilitation Services
Rehabilitation Services provide opportunities for New Brunswickers to prevent, adapt to loss of function, and/or restore function, in order to foster well-being, social integration, and optimal independence. These services are delivered throughout New Brunswick by audiologists, occupational therapists, physiotherapists, and speech language pathologists.

Rehabilitation services are offered in a variety of settings and are delivered following a client centred philosophy of service delivery. Services are provided by the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, which is the provincial tertiary rehabilitation centre, for all Regional Health Authorities through in-patient and out-patient services, and into the home and community via the New Brunswick Extra-Mural Program.

Hospital Rehabilitation Services

(Source: 2005/2006 Annual Report of Hospital Services)

	Attendances	Telephone Contacts*
Audiology	8,328	1,454
Occupational Therapy	109,449	4,563
Physiotherapy	312,822	5,026
Speech Language Pathology	38,133	4,179

* Telephone contact is service to clients over the phone.

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation

(Source: 2005/2006 Annual Report of Hospital Services)

	Attendances	Telephone Contacts*
Occupational Therapy	4,343	614
Physiotherapy	5,417	209
Speech Language Pathology	1,119	151

* Telephone contact is service to clients over the phone.

Capital Construction and Equipment

Capital Construction
Construction of the new, $28 million Stan Cassidy Centre for Rehabilitation and laboratory expansion at the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital was completed in late March 2006. Patients from the former Stan Cassidy Centre for Rehabilitation were scheduled to be transferred to the new facility in June 2006.

Construction of the major $47.5 million expansion at the Moncton Hospital to accommodate a new Emergency Department, ambulatory care services and laboratory began in August 2005 as planned. It is expected construction will be completed in December 2007 and ready for occupancy in early 2008.

Construction of the new 70-bed hospital in Waterville to serve the Upper St. John River Valley area started in

Services de réadaptation
Les services de réadaptation offrent à la population du Nouveau-Brunswick des occasions de prévenir et d'éliminer la perte de fonction ou de s'y adapter afin de favoriser le mieux-être, l'intégration sociale et l'autonomie optimale. Les services de réadaptation au Nouveau-Brunswick comprennent les services dispensés par des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des orthophonistes.

Les services de réadaptation sont offerts dans divers milieux et sont dispensés selon une philosophie de service axé sur le client. Ils sont offerts par le centre de réadaptation tertiaire provincial Stan Cassidy à toutes les régies régionales de la santé, par l'entremise des services aux patients hospitalisés et externes. Ce programme est également offert à domicile et dans la collectivité grâce au Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

Services hospitaliers de réadaptation

(Source : Rapport annuel 2005-2006 des services hospitaliers)

	Présences	Appels téléphoniques*
Audiologie	8 328	1 454
Ergothérapie	109 449	4 563
Physiothérapie	312 822	5 026
Orthophonie	38 133	4 179

* Les appels téléphoniques sont des services dispensés aux clients par téléphone.

Centre de réadaptation Stan Cassidy

(Source : Rapport annuel 2005-2006 des services hospitaliers)

	Présences	Appels téléphoniques*
Ergothérapie	4 343	614
Physiothérapie	5 417	209
Orthophonie	1 119	151

* Les appels téléphoniques sont des services dispensés aux clients par téléphone.

Projets d'immobilisations et biens d'équipement

Projets d'immobilisations
La construction du nouveau Centre de réadaptation Stan Cassidy de 28 millions de dollars et l'agrandissement du laboratoire à l'hôpital régional Dr Everett Chalmers a pris fin à la fin du mois de mars 2006. On prévoit le transfert des patients de l'ancien Centre de réadaptation Stan Cassidy vers le nouvel établissement en juin 2006.

Les importants travaux d'agrandissement du Moncton Hospital, évalués à 47,5 millions de dollars, ont commencé, comme prévu, en août 2005 et permettront de loger un nouveau service d'urgence, des services de soins ambulatoires et un laboratoire. On prévoit que la construction sera terminée en décembre 2007 et que les nouveaux locaux pourront être occupés au début de l'année 2008.

La construction d'un nouvel hôpital de 70 lits à Waterville pour desservir la région de la Vallée du Haut Saint-Jean a débuté en

April 2005. The total project cost is estimated at $79 million and construction is expected to be completed in late March 2007 with patients transferred into the new facility in July 2007.

Construction of a new, $3 million Regional Addiction Services Centre in Campbellton was completed in August 2005. Patients from two existing buildings were transferred in September 2005.

Construction of an $11.5 million surgical services addition at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst started in November 2005. Foundation and steel structure work was completed in late March 2006. The second construction phase will complete this project and is expected to start in October 2006. The addition is planned to be completed in November 2007.

A variety of infrastructure upgrading projects (i.e., roof replacements, upgrading mechanical and electrical systems) were completed throughout the year at various hospitals.

Capital Equipment
Record investments totaling $35.48 million were made in fiscal 2005-06 to purchase new equipment and to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- $3 million to replace the old mobile MRI unit shared between the Bathurst, Campbellton and Miramichi health regions;
- $1.2 million to replace the patient monitoring system and $1.2 million to replace the angiography unit at the Dr.-Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton;
- $2.6 million for a new neuro-angiography intervention suite and $1.6 million for a new CT Scanner at the Moncton Hospital;
- $2.45 million for the third catheterization laboratory and electrophysiology equipment in the New Brunswick Heart Centre located in the Saint John Regional Hospital;
- $2.4 million to replace the patient monitoring system at the Saint John Regional Hospital;
- $1.6 million to replace the CT (Angio) Scanner at the Edmundston Regional Hospital;
- $1.2 million to replace the CT Scanner at the Campbellton Regional Hospital;
- $1.2 million to replace the CT Scanner at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst; and
- $1.2 million to replace the CT Scanner at the Miramichi Regional Hospital.

Cancer Services

New Brunswick Cancer Network (NBCN)

In 2005-06, the Department of Health continued to move forward with its provincial cancer strategy with the implementation of the New Brunswick Cancer

avril 2005. On estime les coûts du projet à 79 millions de dollars et on prévoit que la construction sera terminée à la fin du mois de mars 2007 et que les patients seront transférés au nouvel établissement en juillet 2007.

La construction d'un nouveau centre régional de services pour le traitement des dépendances de 3 millions de dollars à Campbellton a pris fin en août 2005. Les patients des deux établissements ont été transférés en septembre 2005.

Les travaux d'agrandissement de l'hôpital régional Chaleur de Bathurst évalués à 11,5 millions de dollars pour ajouter des services de chirurgie ont commencé en novembre 2005. La fondation et la structure d'acier ont été achevées à la fin du mois de mars 2006. La deuxième phase de construction viendra compléter ce projet et on prévoit le début des travaux en octobre 2006. L'agrandissement devrait être terminé en novembre 2007.

Divers projets d'amélioration des infrastructures (p. ex. remplacement de la toiture, amélioration des systèmes mécaniques et électriques, etc.) ont également été réalisés au cours de l'année à divers hôpitaux.

Biens d'équipement
Des investissements records se chiffrant à 35,48 millions de dollars ont été effectués au cours de l'exercice financier 2005-2006, fonds qui ont servi à l'achat de nouvel équipement et au remplacement de l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Les acquisitions de biens d'équipement les plus importantes comprennent :

- 3 millions de dollars pour remplacer l'ancien appareil d'IRM mobile que se partagent les régions de Bathurst, Campbellton et Miramichi;
- 1,2 million de dollars pour remplacer le système de surveillance des patients et 1,2 million de dollars pour remplacer l'appareil d'angiographie à l'hôpital régional Dr Georges-L. Dumont, à Moncton;
- 2,6 millions de dollars pour acheter un nouvel appareil d'intervention en neuroangiographie et 1,6 million de dollars pour acheter un nouveau tomodensitomètre pour le Moncton Hospital;
- 2,45 millions de dollars pour le troisième laboratoire de cathétérisation et l'équipement d'électrophysiologie du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick situé à l'hôpital régional de Saint John;
- 2,4 millions de dollars pour remplacer le système de surveillance des patients à l'hôpital régional de Saint John;
- 1,6 million de dollars pour remplacer le tomodensitomètre (Angio) à l'hôpital régional d'Edmundston;
- 1,2 million de dollars pour remplacer le tomodensitomètre à l'hôpital régional de Campbellton;
- 1,2 million de dollars pour remplacer le tomodensitomètre à l'hôpital régional Chaleur de Bathurst;
- 1,2 million de dollars pour remplacer le tomodensitomètre à l'hôpital régional de Miramichi.

Services de lutte contre le cancer

Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC)
En 2005-2006, le ministère de la Santé a continué de promouvoir sa stratégie provinciale sur le cancer par la mise en œuvre du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le

Network (NBCN). Once fully operational, the NBCN will help decrease the incidence, morbidity, and mortality of cancer among New Brunswick residents through the cost-effective planning, delivery and evaluation of evidence-based cancer services.

The recruitment of two New Brunswick oncologists, Dr. Eshwar Kumar and Dr. Réjean Savoie, as Co-Chief Executive Officers to lead the NBCN was the first major milestone in implementing the network. Additional accomplishments in moving the NBCN forward included strategic planning activities, such as the setting of goals and priorities, and activities related to the recruitment of key positions within the network. Work also began on ensuring that New Brunswick meets or exceeds the national benchmarks related to access to cancer services, which include:

- Radiation therapy to treat cancer within four weeks of patients being ready to treat;
- Cervical cancer screening for women aged 18 to 69 every three years after two normal tests; and
- Breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years.

Consistent with its mandate, the NBCN now oversees the New Brunswick Breast Cancer Screening Services.

New Brunswick Breast Cancer Screening Services

The N.B. Breast Cancer Screening Services (NB BCSS) is a provincial program that provides screening mammography every two years to women between the ages of 50 and 69 years, and by physician referral for women outside this age range. Screening mammography is offered at 16 sites throughout the province. The operation of the NB BCSS is a shared responsibility between the the Department of Health (under the New Brunswick Cancer Network), the Regional Health Authorities, and the Canadian Breast Cancer Screening Initiative.

The preliminary two-year provincial average participation rate for women between the ages of 50 to 69 years from April 1, 2004, to March 31, 2006 is calculated as 55% (see figure 1).

cancer. Lorsqu'il sera entièrement fonctionnel, le réseau contribuera à réduire l'incidence du cancer, ainsi que la morbidité et la mortalité liées au cancer, chez les résidents du Nouveau-Brunswick grâce à la planification, à la prestation et à l'évaluation rentables des services de lutte contre le cancer basés sur des faits.

Le recrutement de deux oncologues néo-brunswickois, le Dr Eshwar Kumar et le Dr Réjean Savoie, à titre de codirecteurs généraux du réseau, a été la première étape importante de mise en œuvre du réseau. D'autres réalisations favorisant l'avancement du réseau comprenaient des activités de planification stratégique, comme l'établissement d'objectifs et de priorités, et des activités liées au recrutement de postes clés dans le réseau. De plus, les travaux visant à garantir que le Nouveau-Brunswick respecte ou dépasse les normes nationales en matière d'accès aux services de lutte contre le cancer ont débuté, lesquels comprennent :

- la radiothérapie utilisée pour traiter un cancer dans un délai de quatre semaines à partir du moment où les patients sont prêts à recevoir un traitement;
- le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 18 à 69 ans tous les trois ans après avoir subi deux tests normaux;
- le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées entre 50 et 69 ans tous les deux ans.

Conformément à son mandat, le Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer supervise maintenant le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick.

Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick

Le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est un programme provincial qui offre des mammographies de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans et sur recommandation d'un médecin pour les femmes en dehors de cette plage d'âge. La mammographie de dépistage est offerte dans 16 établissements de la province. Le fonctionnement du service de dépistage est une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (sous l'autorité du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer), les régies régionales de la santé et l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein.

Le taux préliminaire moyen provincial de participation tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans du 1er avril 2004 au 31 mars 2006 s'établit à 55 % (voir figure 1).

Figure 1 - New Brunswick Breast Cancer Screening Service - Biennial Participation rate in women 50 to 69 years - Fiscal years 2004/2005 and 2005/2006

Region	Number of women screened	Number of women in target population	Participation rate
1- Moncton	13,349	22,130	60.3%
1B	*5,104*		
1SE	*8,245*		
2*- Saint John	8,740	19,623	44.5%
3- Fredericton	11,323	18,353	61.7%
4- Edmundston	3,352	6,212	54.0%
5- Campbellton	2,180	3,835	56.8%
6- Bathurst	4,297	10,624	40.4%
7- Miramichi	4,049	5,589	72.4%
NB Total	**47,290**	**86,366**	**54.8%**

Source – NB Provincial Epidemiology Service using Breast Cancer Screening Service Database and Medicare resident registry.
** At time of publication, data submission from Region 2 to the provincial breast screening database was not yet complete, resulting in a lower calculated participation rate than projected.*

Reports released in 2005-06 showed that New Brunswick continued to compare well nationally with respect to participation in screening mammography. The 'Health Indicators – 2006' report by the Canadian Institute for Health Information shows that N.B. is first for the number of women who reported a screening mammogram during 2003-2005. Further, the latest report of the Canadian Breast Cancer Screening Initiative, entitled "Organized Screening Programs in Canada – Report on Program Performance 2001-2002," placed N.B. 2nd highest in organized screening mammography participation for 2001-2002, and well over the national average of 34 per cent.

Notwithstanding the positive comparative results achieved for screening participation, the long-term goal of the NB BCSS is to increase the two-year participation rate to 70 per cent for women 50 to 69 years of age, which is expected to reduce the mortality from breast cancer by 30 per cent. The balanced scorecard approach to program evaluation continued to be developed to help steer the service towards its goals and to facilitate accountability.

Addiction Services

Addiction Services are delivered through seven Regional Health Authorities throughout the province and provide prevention and treatment services from each centre. The overall goal of the Addictions Services delivery model in New Brunswick is to reduce the human and economic costs of substance abuse and gambling by intervening with individuals, families,

Figure 1 - Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2004-2005 et 2005-2006

Région	Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1- Moncton	13 349	22 130	60,3 %
1B	*5 104*		
1SE	*8 245*		
2*-Saint John	8 740	19 623	44,5 %
3- Fredericton	11 323	18 353	61,7 %
4- Edmundston	3 352	6 212	54,0 %
5- Campbellton	2 180	3 835	56,8 %
6- Bathurst	4 297	10 624	40,4 %
7- Miramichi	4 049	5 589	72,4 %
Total pour le N.-B.	**47 290**	**86 366**	**54,8 %**

Source – Service provincial d'épidémiologie, à l'aide de la base de données sur le dépistage du cancer du sein et du registre des résidents pour l'Assurance-maladie.
** Au moment de la publication de ce présent rapport, les données provenant de la région 2 pour la base de données provinciale sur les services de dépistage du cancer du sein n'étaient pas complètes ce qui a entraîné un taux de participation calculé moins élevé que prévu.*

Les rapports publiés en 2005-2006 ont démontré que le Nouveau-Brunswick a continué d'afficher des résultats comparables aux résuitats nationaux sur le plan de la participation à la mammographie de dépistage. Le rapport intitulé *Indicateurs de la santé pour 2006* publié par l'Institut canadien d'information sur la santé montre que le Nouveau-Brunswick obtient la première place en ce qui a trait au nombre de femmes qui ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la période 2003-2005. De plus, le plus récent rapport de l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein intitulé *Programmes de dépistage organisés au Canada – Rapport sur le rendement des programmes pour la période 2001-2002* a placé le Nouveau-Brunswick en 2e place pour ce qui est de la participation organisée à la mammographie de dépistage pour la période 2001-2002, et bien au-dessus de la moyenne nationale qui s'établit à 34 pour cent.

Malgré les résultats comparatifs positifs obtenus pour la participation au dépistage, l'objectif à long terme du Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est toujours d'accroître le taux de participation tous les deux ans à 70 pour cent pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, ce qui devrait réduire la mortalité causée par le cancer du sein de 30 pour cent. La méthode de la carte de pointage équilibrée pour évaluer le programme a continué d'être élaborée afin de favoriser la réalisation des objectifs du service et de faciliter l'obligation de rendre compte.

Services de traitement des dépendances

Les services de traitement des dépendances sont offerts par l'entremise de sept régies régionales de la santé dans l'ensemble de la province. Chaque centre offre également des services de prévention. L'objectif général du modèle de prestation des services de traitement des dépendances au Nouveau-Brunswick vise à réduire les coûts humains et économiques de la consommation abusive d'alcool et d'autres

employers and community partners.

Four methadone clinics provided services to 555 distinct individuals in 2005-2006. The following is a breakdown of those clients:

- Region 1 served 226 clients
- Region 2 served 125 clients
- Region 3 served 121 clients
- Region 7 served 83 clients

During the fiscal year 2005-2006, some of the activities of note include:

- Third annual conference on addictions held in Saint John.
- A media campaign using television, radio, and newspaper advertising was undertaken to promote the awareness of help available for gambling addictions.
- With assistance from the Canadian Centre for Substance Abuse, employment of a coordinator who works to sustain existing partnerships and to foster new ones for community-based initiatives that target youth.

Community Mental Health Centres

On Nov. 28, 2005, the responsibility to deliver community-based mental health services transferred from the Department of Health to the Regional Health Authorities. The services are delivered through Community Mental Health Centres (CMHCs), which are a key component in the mental health service delivery system in New Brunswick. The CMHCs are located throughout the province and provide a variety of prevention, intervention, and post-vention services for New Brunswickers. Community mental health services are accessed through 14 CMHCs and 31 other service points located throughout the province. The CMHCs are open Monday to Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m. In addition, crisis intervention services are available in the evening and on weekends throughout the province.

Community mental health services are available to all New Brunswickers, either through referrals by a doctor, through self-initiated visits to the CMHCs, or referral by another organization or government department (i.e. hospital, court, Family and Community Service, etc.). In 2005-06, there were 13,890 new referrals, of which 38 per cent were either self-referral or referral by a parent and 33 per cent were referral from a general practitioner or physician specialist.

CMHC programs target three key client groups: children and adolescents, adults with short-term needs, and adults with long-term needs. In the 2005-2006 fiscal year, a total of 24,000 distinct individuals were served by Community Mental Health Centres for screening, assessment, treatment or follow-up in the three core programs; acute, long term and child and

drogues et des dépendances au jeu, en intervenant auprès des particuliers, des familles, des employeurs et des partenaires communautaires.

Quatre cliniques de méthadone ont offert des services à 555 différents clients en 2005-2006. Voici une répartition de ces clients :

- La Région 1 a fourni des services à 226 clients.
- La Région 2 a fourni des services à 125 clients.
- La Région 3 a fourni des services à 121 clients.
- La Région 7 a fourni des services à 83 clients.

Au cours de l'exercice financier 2005-2006, d'autres activités importantes ont eu lieu :

- Troisième conférence annuelle sur les dépendances tenue à Saint John.
- Campagne de sensibilisation prévoyant des annonces à la télévision, à la radio et dans les journaux pour faire connaître l'aide disponible pour les dépendances au jeu.
- Avec l'aide du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, embauche d'un coordonnateur qui travaille à maintenir les partenariats existants et à encourager les nouveaux partenariats dans le cadre des initiatives communautaires axées sur les jeunes.

Centres de santé mentale communautaires

Le 28 novembre 2005, la responsabilité d'offrir des services de santé mentale communautaires est passée du ministère de la Santé aux régies régionales de la santé. Les services sont offerts par l'entremise des centres de santé mentale communautaires qui constituent une composante essentielle du réseau de prestation des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Les centres de santé mentale communautaires sont situés dans diverses régions de la province et ils offrent toute une gamme de services de prévention, d'intervention et de postvention à la population néo- brunswickoise. Les services communautaires de santé mentale sont offerts par l'entremise de 14 centres de santé mentale communautaires et de 31 autres points de service répartis dans l'ensemble de la province. Les centres de santé mentale communautaires offrent des services du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h. En outre, des services d'intervention pour les situations de crise sont disponibles le soir et les fins de semaine dans toute la province.

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'entremise de l'aiguillage par un médecin, par des visites personnelles à un centre de santé mentale communautaire ou par l'aiguillage par un autre organisme ou un ministère du gouvernement (p. ex., un hôpital, la cour, les Services familiaux et communautaires, etc.). En 2005-2006, on a enregistré 13 890 nouveaux patients dirigés, dont 38 pour cent étaient dirigés par la personne elle-même ou par un parent et 33 pour cent étaient dirigés par un omnipraticien ou un spécialiste.

Les programmes des centres de santé mentale communautaires ciblent trois groupes précis de clients : les enfants et les adolescents, les adultes ayant des besoins à court terme et les adultes nécessitant des services à long terme. Au cours de l'année financière 2005-2006, 24 000 personnes ont reçu, des centres de santé mentale communautaires, des services de dépistage, d'évaluation, de

adolescent. This represents 32 individuals for every 1,000 population.

In-Patient Psychiatric Care

Each regional hospital facility includes a psychiatric unit that provides in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and community mental health centres; consultation/liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals. In 2005-06, patients stayed in the psychiatric units for a total of 49,858 in-patient days.

The Child and Adolescent Psychiatric Unit (CAPU), a provincial six-bed tertiary resource located in The Moncton Hospital, provides in-patient care and outreach services to children and adolescents with serious psychiatric treatment requirements. In 2005-06, this unit had 2,202 in-patient days.

Two psychiatric hospitals — Centracare in Saint John and the Restigouche Hospital Centre in Campbellton — provide specialized treatment and rehabilitation services for patients with medium-to-long term psychiatric problems requiring hospitalization. The Restigouche Hospital Centre also provides specialized observation for forensic cases for the entire province. The two hospitals function as: specialized, tertiary, in-patient resources for other mental health services; support centres for evaluation, research and mental health training; and providers of psychiatric telephone / videoconference consultation and on-site support to other agencies for psychogeriatric patients and individuals with developmental handicaps. In 2005-06, Centracare and the Restigouche Hospital Service had 16,704 and 54,159 in-patient days, respectively, for a total of 70,863 from these two psychiatric hospitals.

Hospital patients who no longer need tertiary hospital services are discharged into the community where services and supports are provided, allowing them to reintegrate successfully into a non-institutional environment.

Long-Term Mental Health Services

The objective of the community mental health Long Term Adult Program is to provide services for adult clients experiencing or at risk of serious mental health problems and long-standing functional disorders. These clients are often socially isolated and cut off from their natural environments. The program helps clients to obtain the means to rebuild their social networks and develop the skills they need to live in the community.

This program is based on respect for persons with psychiatric disorders and on the belief that, through a range of services, they can reduce or eliminate the

traitement ou de suivi dans le cadre des trois programmes de base : services d'intervention immédiate, services aux enfants et aux adolescents et services de longue durée. Cela représente 32 personnes par 1 000 habitants.

Soins psychiatriques aux patients hospitalisés

Chaque hôpital régional est doté d'une unité psychiatrique qui fournit des soins aux patients hospitalisés et des soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures sur 24 et des services de consultation pour les patients dirigés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, ainsi que des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des différents membres du personnel clinique hospitalier et d'autres professionnels. En 2005-2006, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pour une période totale de 49 858 jours-patients hospitalisés.

L'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, un service tertiaire provincial de six lits situé au Moncton Hospital, fournit des soins hospitaliers et ambulatoires aux enfants et aux adolescents ayant besoin d'importants soins psychiatriques. En 2005-2006, l'unité a enregistré 2 202 jours-patients hospitalisés.

Deux hôpitaux psychiatriques, soit le Centracare de Saint John et le Centre hospitalier Restigouche de Campbellton, offrent des traitements spécialisés et des services de réadaptation aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne et de longue durée nécessitant l'hospitalisation. Le Centre hospitalier Restigouche offre également des services d'observation spécialisés des cas médico-légaux pour l'ensemble de la province. Les deux hôpitaux servent de centres de ressources spécialisées internes pour les autres services de santé mentale, de centres de soutien en matière d'évaluation, de recherche et de formation en santé mentale, et de fournisseurs de services de consultations par téléphone et par vidéoconférence dans le domaine de la psychiatrie et d'un soutien sur place aux organismes qui dispensent des soins aux patients en psychogériatrie et aux personnes ayant une incapacité liée au développement. En 2005-2006, le Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 16 704 et 54 159 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 70 863 pour ces deux hôpitaux psychiatriques.

Les patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins tertiaires réintègrent la collectivité, où ils reçoivent un soutien et des services appropriés, ce qui leur permet de réussir leur réinsertion sociale.

Services de santé mentale de longue durée

Le programme de soins de santé mentale communautaires de longue durée à l'intention des adultes offre des services aux clients adultes qui ont des problèmes graves de santé mentale ou qui ont des troubles fonctionnels de longue date ainsi qu'à ceux et celles qui risquent d'avoir de tels problèmes. Ces clients souffrent souvent d'isolement social et sont exclus de leur milieu naturel. Le programme a pour but d'aider les clients à trouver des moyens de rétablir leurs réseaux sociaux et d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre au sein de la collectivité.

Le programme est fondé sur le principe du respect des personnes ayant des problèmes psychiatriques et sur la conviction que par l'entremise de toute une gamme de

functional, interpersonal and environmental barriers created by their disabilities and re-learn to lead independent and productive lives in society.

This program works to meet needs as perceived by clients while establishing linkages with the community to ensure maximum client autonomy with a minimum of professional intervention. Through community-based multidisciplinary teams, this program provides a variety of services to meet the needs of the individual. Services provided include assessment, treatment, case management, vocational and rehabilitation services. In 2005-06, the Mental Health Services Adult Long Term Care program provided a total of 76,712 services to 5,140 adults.

Medicare Services

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for New Brunswick residents, including hospitalization outside the province. This objective is reached through the activities of Medicare Services and Medicare Operations Units.

The Medicare Services Unit is responsible for policy development; project management; provision of expert guidance on corporate and government primary care and health policy issues; as well as physician remuneration. The unit is also responsible for appeals regarding Medicare decisions.

During fiscal 2005-06, Medicare Services provided support to both the Provincial Health Plan and the department's recruitment and retention strategy aimed at recruiting newly licensed family practitioners and specialists. This was accomplished through the achievement of a new three year fee-for-service agreement with the New Brunswick Medical Society. This agreement provided for increased remuneration for both anesthesiologists and neurosurgeons — two specialties that are in high demand nationally.

In addition, a new retention fund will provide a sum of money to physicians at the end of their career and will reward long-standing practitioners. This incentive will be higher for rural physicians.

The agreement also includes increased funding for expenses related to continuing medical education, additional remuneration for services provided during after-hours periods, telephone calls to Extra-Mural staff and a new funding model to support physicians who share on-call between one or more health regions.

Also during 2005-06, Medicare Services, following consultations with the New Brunswick Medical Society, concluded a new three and one half year compensation schedule for salaried physicians through the Medical Pay Plan. The agreement covers the period from Oct. 1, 2004, to March 31, 2008, and represents a salary increase of 20.5 per cent for general practitioners and 18 per cent for all other specialties. In addition to wage increases, the agreement also includes the ability for salaried physicians to bill fee-for-service for

services, ces personnes peuvent réduire ou éliminer les obstacles fonctionnels, interpersonnels et du milieu créés par leurs handicaps et réapprendre à vivre de façon automne et productive dans la société.

Ce programme vise à répondre aux besoins cernés par les clients tout en établissant des liens avec la collectivité dans le but d'assurer au client la plus grande autonomie possible avec un minimum d'interventions professionnelles. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit toûte une gamme de services pour répondre aux besoins du client. Les services offerts comprennent l'évaluation, le traitement, la gestion de cas ainsi que des services de formation professionnelle et de réadaptation. En 2005-2006, le programme de soins de santé mentale de longue durée à l'intention des adultes a offert 76 712 services à 5 140 adultes.

Assurance-maladie

L'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province. Cet objectif est atteint par les activités des services de l'Assurance-maladie et des opérations de l'Assurance-maladie.

L'Unité des services de l'Assurance-maladie est chargée de l'élaboration des politiques; des activités de gestion de projets; de la prestation de conseils spécialisés sur les soins primaires gouvernementaux et corporatifs et des questions de politique sur la santé; ainsi que de la rémunération des médecins. L'unité est également chargée des appels concernant les décisions de l'Assurance-maladie.

Durant l'exercice financier 2005-2006, les services d'Assurance-maladie ont fourni un soutien au Plan provincial de la santé et ont appuyé la stratégie de recrutement et de maintien en poste visant à attirer de nouveaux médecins de famille et de nouveaux spécialistes autorisés. Pour ce faire, on a conclu une entente d'une durée de trois ans concernant la prestation de services rémunérés à l'acte avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Cette entente a permis une augmentation de la rémunération des anesthésistes et des neurochirurgiens, deux spécialités pour lesquelles il y a une forte demande dans l'ensemble du pays.

De plus, on a créé un nouveau fonds de maintien en poste afin d'accorder une somme d'argent aux médecins à la fin de leur carrière et de récompenser les médecins de longue date. Cette somme sera plus substantielle pour les médecins exerçant dans les régions rurales.

Cette entente comprend également une augmentation du financement des dépenses liées au programme de formation médicale continue, une rémunération additionnelle pour les services offerts après les heures normales de travail, des appels au personnel affecté au Programme extra-mural et un nouveau modèle de financement pour appuyer les médecins qui travaillent sur appel dans plus d'une région sanitaire.

De plus, en 2005-2006, l'Assurance-maladie, à la suite de consultations avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, a établi un calendrier d'indemnisation de trois ans et demi pour les médecins salariés en vertu du régime de rémunération du personnel médical. L'entente inclut la période allant du 1er octobre 2004 au 31 mars 2008 et correspond à une augmentation salariale de 20,5 pour cent pour les omnipraticiens et de 18 pour cent pour les médecins de toutes les autres spécialités. En plus des augmentations salariales, l'entente permet également aux médecins de facturer à l'acte le

emergent/urgent work done after hours while on call, increased financial credits for continuing medical education, fee increases for autopsies and additional vacation entitlement.

The Medicare Operations Unit is responsible for the eligibility and registration for Medicare coverage for New Brunswick residents, the registering of physicians, liaising with physicians as well as processing and, when applicable, the payment of in and out-of-country claims. Medicare Operations also audits physician's billings to assure these are billed according to legislation and the Fee-For-Service contracts. The unit also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of their rights when dealing with Medicare.

In fiscal 2005-06:

- The number of eligible residents decreased by 0.03 per cent from 737,716 in 2004/05 to 737,518 in 2005/06.
- Over the past several years, there has been a move by physicians from being paid mainly on a fee-for-service basis to being paid mainly via salaried arrangements. The number of fee-for-service physicians increased by 1.3 per cent from 2004/05 to 2005/06 while, for the same time period, the number of salaried physicians increased by 12.1 per cent.

Medicare ensures that eligible residents have reasonable access to primary services regardless of where they live in New Brunswick. Accessibility is measured in two ways: the total number of physicians who provide services and their distribution throughout the province. In fiscal 2005-06, a total of 575 physicians worked in rural areas while 1.020 provided services in urban settings which is defined as within 40 kilometres of Fredericton, Moncton and Saint John.

Health Emergency Management Services

The department is committed to ensuring that the province's health care system is able to respond quickly and effectively to all health and medical emergencies, regardless of location, cause or magnitude. Small-scale emergencies, such as traffic accidents, are considered routine within the context of the province's health care system. However, large-scale events, such as the SARS outbreak, or large transportation accidents, demand significant resources, contingency planning and coordination of effort in order for such emergencies to be managed efficiently. Health Emergency Management provides leadership and support to address the need to prepare for, respond to, and recover from large-scale events, by adopting best practices and through continuous improvement in programming.

The mission of Health Emergency Management is to build capacity (plans, resources and training) to enable the health care system to effectively respond to incidents where the health of large numbers of people may be at risk. The achievement of this goal is

travail d'urgence effectué après les heures normales de travail lorsqu'ils sont en disponibilité; elle leur donne des crédits financiers pour poursuivre leur formation médicale; elle leur accorde une augmentation des frais pour les autopsies et leur donne droit à un plus grand nombre de congés.

L'Unité de l'Assurance-maladie – Opérations est chargée de l'admissibilité et de l'inscription pour la couverture de l'Assurance-maladie à l'intention des résidents du Nouveau-Brunswick, de l'inscription des médecins, de la liaison avec les médecins, du traitement et, lorsqu'il y a lieu, du paiement des réclamations provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. L'Unité de l'Assurance-maladie — Opérations vérifie également la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et aux contrats de rémunération à l'acte. Elle gère également un service de représentation qui informe les résidents du Nouveau-Brunswick de leurs droits dans leurs relations avec l'Assurance-maladie.

Durant l'exercice financier 2005-2006 :

- le nombre de résidents admissibles a diminué de 0,03 pour cent, pour passer de 737 716 en 2004-2005 à 737 518 en 2005-2006;
- au cours des dernières années, les médecins qui étaient principalement rémunérés à l'acte ont décidé de devenir salariés. Le nombre de médecins rémunérés à l'acte a diminué de 1,3 pour cent entre 2004-2005 et 2005-2006, alors que le nombre de médecins salariés a augmenté de 12,1 pour cent.

L'Assurance-maladie assure aux résidents admissibles un accès raisonnable aux services de soins primaires dans la région où ils habitent au Nouveau-Brunswick. L'accessibilité est mesurée de deux façons : le nombre total de médecins offrant des services et leur répartition à l'échelle de la province. Au cours de l'exercice financier 2005-2006, 575 médecins desservaient les régions rurales et 1 020 médecins offraient des services dans les régions urbaines définies comme étant dans un rayon de 40 kilomètres de Saint John, Moncton et Fredericton.

Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé

Le ministère s'engage à assurer que le système de soins de santé de la province peut répondre rapidement et efficacement à toutes les urgences médicales et sanitaires, quels que soient l'endroit, la cause ou l'ampleur. Les petites urgences, comme les accidents de circulation, sont considérées comme des situations routinières dans le contexte du système de soins de santé de la province. Toutefois, les incidents de grande envergure, comme l'épidémie de SRAS, ou les accidents de transport importants exigent d'importantes ressources, une planification d'urgence et une coordination des efforts pour que ces urgences soient gérées efficacement. La gestion des interventions d'urgence fournit une direction et de l'aide pour répondre à la nécessité de se préparer et d'intervenir en cas d'événements de grande envergure, ainsi que de récupérer d'un tel événement, en adoptant de meilleures pratiques et en améliorant continuellement les programmes.

La mission des Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé consiste à développer la capacité (plans, ressources et formation) afin que le système de soins de santé puisse intervenir de manière efficace en cas d'incidents pouvant mettre en danger la santé d'un grand nombre de personnes. La

dependent upon the collaborative effort of all sectors of the health care system, volunteer groups, the private sector, other levels of government and the general public. It is also dependent upon the forging of strong partnerships and support mechanisms between emergency response agencies including Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

In 2005-06, Health Emergency Management Services continued to focus on the state of readiness through the following:

- Health Emergency Management representatives participated in several emergency exercises pertaining to nuclear events and large scale infectious disease outbreaks.
- Departmental Health Emergency Management officials work closely with other departments of government and the Emergency Measures Organization to ensure that the department's planning efforts are integrated into the larger government-wide plan
- Ongoing meetings between Departmental and Regional Health Authority emergency management officials to coordinate preparedness planning.
- Development of operational and training protocols involving the 200-bed emergency hospital stored in St. Leonard.
- In addition to working with other provinces and Health Canada's Center for Emergency Preparedness and Response, a departmental representative also participates in meetings of the International Emergency Measures Group (IEMG), a compact of Emergency Management organizations representing Northeastern U.S. states and Eastern Canadian provinces. The IEMG has as its primary objective the development and maintenance of mutual aid arrangements between participating states and provinces. Provincial and state departments of health have been asked to participate in an EMO-led process to develop mutual aid arrangements involving the health sector.

The department will continue to focus on building capacity, developing contingency plans and building strong partnerships with other agencies and departments involved in emergency response.

Pandemic Influenza Preparedness

Pandemic Influenza preparedness planning initiatives in 2005-06 included:

- In December 2005, the department released the NB Pandemic Influenza Plan (NBPIP) for the Health Sector.
- Continued to work with RHAs and other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning.

réalisation de cet objectif dépend des efforts collectifs de tous les secteurs du système de soins de santé, des groupes de bénévoles, du secteur privé, d'autres paliers du gouvernement et du grand public. Elle dépend également de la création de solides partenariats et d'un mécanisme de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services de police, d'incendie et d'ambulance. La planification et l'intervention coordonnées constituent un des principes fondamentaux qui orientent une gestion efficace des interventions en cas d'urgence en matière de santé.

En 2005-2006, les services de gestion des interventions d'urgence ont continué de se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- Les représentants des Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé ont participé à plusieurs exercices d'urgence, par exemple des accidents nucléaires et de graves épidémies de maladies infectieuses.
- Les représentants de la gestion des interventions d'urgence du ministère de la Santé travaillent en étroite collaboration avec les autres ministères du gouvernement et avec l'Organisation des mesures d'urgence pour s'assurer que les efforts de planification du ministère sont intégrés au plan global du gouvernement.
- Réunions soutenues entre le ministère et les responsables de la gestion des interventions d'urgence des régies régionales de la santé pour coordonner la planification de la capacité d'intervention.
- Élaboration de protocoles opérationnels et de formation comprenant un hôpital d'urgence de 200 lits entreposé à Saint-Léonard.
- En plus de travailler avec les autres provinces et le Centre des mesures et d'intervention d'urgence de Santé Canada, un représentant du ministère participe également aux rencontres du International Emergency Measures Group (IEMG), un groupe d'organisations de gestion des interventions d'urgence représentant le Nord-Est des États-Unis et les provinces de l'Est du Canada. L'IEMG a pour objectif premier d'élaborer et de maintenir des dispositifs d'aide mutuelle au sein des provinces et des États participants. Les ministères de la Santé provinciaux et des États ont été appelés à participer à un processus mené par l'Organisation des mesures d'urgence pour créer des accords d'aide mutuelle faisant intervenir le secteur de la santé.

Le ministère continuera de concentrer ses efforts sur le renforcement des capacités, l'élaboration de plans d'urgence et la création de solides partenariats avec d'autres organismes et ministères participant aux interventions d'urgence.

Planification de la capacité d'intervention en cas de pandémie d'influenza

Initiatives de planification de la capacité d'intervention en cas de pandémie d'influenza en 2005-2006 :

- En décembre 2005, le ministère a rendu public le Plan de lutte contre la pandémie d'influenza du Nouveau-Brunswick pour le secteur de la santé.
- Poursuite du travail avec les RRS et d'autres intervenants clés sur la planification de la capacité d'intervention en cas de pandémie d'influenza.

- Established the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee (PPPSC) in February 2006 to oversee the on-going development of the NBPIP.

- The Inter-regional Pandemic Steering Committee was established to provide a forum for information sharing and to facilitate communication between RHAs in an effort to enable collaborative development and a consistent approach in the implementation of the NBPICP at the regional level.

- Initiated planning for stockpiling RHA infection control supplies, materials and equipment for purposes of preparing for a possible pandemic situation.

E-Health

In 2005-06, significant work was undertaken to advance the Electronic Health Record initiative and the One Patient One Record vision. With the assistance of Canada Health Infoway, planning and design work began for the interoperable Electronic Health Record repository and viewing portal. The work included stakeholder discussions, looking at various vendor solutions now on the market and planning out the approach to the complex integration required to connect to the various hospital point of care systems.

The detailed design phase for a provincial Diagnostic Imaging archive was completed. The archive will act as a long-term common storage archive for all Regional Health Authority diagnostic images and will allow clinicians to view an image from anywhere in the province within minutes of it having been taken.

The branch supported many different program initiatives within the department, including Medicare, surgical access management and the prescription monitoring program.

The implementation of a new Medicare claims payment system for the province is required to reduce operating costs and provide more flexibility and responsiveness to policy changes. After terminating the previous RFP process last year, significant planning occurred in 2005 with the recommendation that the system should be reprogrammed into a new flexible programming language and an RFP was developed with this new approach in mind.

The branch allocated staff to support the planning and design of the prescription monitoring program and the surgical access management initiative looking at wait times.

Modernization of the department's legacy systems continued with planning and project work occurring on the Regional Addiction Services System, Service Provider Database, and Cancer Registry Information System.

As outlined in the e-Health strategic plan, the branch has been involved in supporting the Regional Health

- Création du Comité de direction provincial sur la capacité d'intervention en cas de pandémie (CDPCIP) en février 2006 pour superviser l'élaboration continue du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza du Nouveau-Brunswick.
- Le comité de direction interrégional de pandémie a été créé pour organiser un forum dans le but d'échanger des renseignements et de faciliter la communication entre les RRS afin de permettre le développement collaboratif et l'adoption d'une approche cohérente dans la mise en œuvre du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza du Nouveau-Brunswick à l'échelle régionale.
- Mise en place du processus de planification visant la mise en réserve par les RRS de fournitures, de matériel et d'équipement de prévention des infections afin d'être prêt en cas de pandémie.

Cybersanté

En 2005-2006, des travaux importants ont été entrepris pour promouvoir l'initiative portant sur le dossier de santé électronique et la vision « Un patient, un dossier ». Grâce à la collaboration d'Inforoute Santé du Canada, les travaux de planification et de conception ont débuté en ce qui concerne le dépôt des dossiers de santé électroniques interfonctionnels et le portail de visualisation. Les travaux ont porté sur les discussions avec les intervenants, l'identification de diverses solutions à l'égard des vendeurs maintenant disponibles sur le marché et la planification de l'approche concernant l'intégration complexe nécessaire pour assurer le lien avec les divers systèmes de point de service hospitalier.

La phase de conception détaillée des archives provinciales d'imagerie diagnostique a été menée à bien. Les archives serviront d'archives d'entreposage communes à long terme pour les images diagnostiques de l'ensemble des régies régionales de la santé et permettront aux cliniciens de voir une image quel que soit l'endroit où ils se trouvent dans la province quelques minutes après l'avoir prise.

La direction a appuyé un grand nombre d'initiatives de programme différentes au sein du ministère, y compris l'Assurance-maladie, la gestion de l'accès aux services chirurgicaux et le programme de surveillance pharmaceutique.

La mise en œuvre d'un nouveau système de paiement des réclamations à l'Assurance-maladie pour la province est nécessaire pour réduire les coûts de fonctionnement et fournir une plus grande souplesse et une plus grande réceptivité envers les changements stratégiques. L'an dernier, après avoir terminé le processus de DDP précédent, on a mené une planification importante en 2005 en recommandant la reprogrammation du système en un nouveau langage de programmation souple et une DDP a été créée en fonction de cette nouvelle approche.

La direction a affecté des employés au soutien de la planification et de la conception du programme de surveillance pharmaceutique et de l'initiative de gestion de l'accès aux services chirurgicaux en tenant compte des délais d'attente.

La modernisation des systèmes existants du ministère s'est poursuivie par la planification et les travaux qui s'effectuent sur le Réseau des services régionaux de traitement des dépendances, la base de données des fournisseurs de services et le système d'information relatif au Registre du cancer.

Comme le souligne le plan stratégique de cybersanté, la direction appuie les initiatives des régies régionales de la santé

Authorities' information technology and e-Health initiatives. The branch played a role in the selection of a new clinical information system for the Atlantic Health Sciences Corporation and supported initiatives in new facilities in the Upper St. John River Valley and in Moncton for the South-East Regional Health Authority.

The branch worked collaboratively with the Atlantic Provinces through Health Infostructure Atlantic. One of the main initiatives in the planning stage was a combined implementation project in the area of public health surveillance.

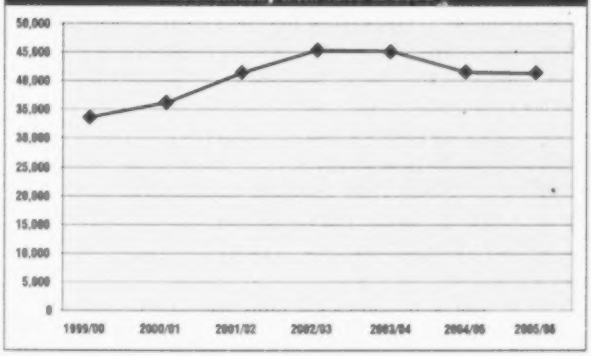
The project will determine the costs, schedule, scope and approaches to implementing modules of Pan-Canadian Public Health Surveillance System in Atlantic Canada. The project will produce a detailed set of implementation plans and budgets for an implementation phase.

Vital Statistics

The mandate of Vital Statistics is to verify, register, maintain and disseminate birth, death, stillbirth and marriage data (vital events) on a provincial and national basis; search records, issue certificates providing legal recognition of a vital event, distribute marriage licences, approve and register changes of name; register and maintain an index of churches/religions authorized to solemnize marriages in N.B.; produce a variety of health-related statistical reports based on vital event registrations (e.g., number of low birth weight infants born in N.B., leading causes of death); and approve requests for access to information in accordance with legislation and policy.

The annual volume of birth, death and marriage certificates issued by Vital Statistics continued its downward trend after a two-year historical high in 2002/03 and 2003/04. Figure 2 summarizes the number of certificates issued over a seven-year period. In the past, the upward trend was thought to be due in part to increased recognition in the value of the birth certificate as a foundation document used to establish a person's identity (e.g., applying for bank loans, purchasing or selling land, applying for a passport). The downward trend is likely a reflection of saturation in the need for birth certificates.

Figure 2 - Number of NB Vital Statistics Certificates Issued Annually from 1999 to 2006



en matière de technologie de l'information et de cybersanté. La direction a joué un rôle dans la sélection d'un nouveau système de renseignements cliniques pour la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique et a appuyé les initiatives visant les nouvelles installations dans la Vallée du Haut Saint-Jean et à Moncton pour la Régie régionale de la santé du Sud-Est.

La direction a travaillé en collaboration avec les provinces de l'Atlantique par l'entremise d'Infostructure atlantique de la santé. L'une des principales initiatives de l'étape de planification était un projet combiné de mise en œuvre dans le domaine de la surveillance de la santé publique.

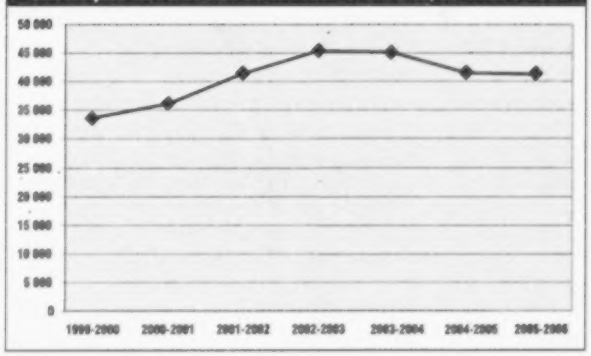
Le projet déterminera les coûts, le calendrier, la portée et les approches de la mise en œuvre des modules du système pan-canadien de surveillance de la santé publique au Canada atlantique. Le projet produira un ensemble détaillé de plans de mise en œuvre et de budgets pour une phase de mise en œuvre.

Statistiques de l'état civil

Le mandat des Statistiques de l'état civil est de vérifier, d'inscrire, de tenir et de diffuser les données sur les naissances, les décès, les mortinaissances et les mariages (événements démographiques) à l'échelon national et provincial; de faire des recherches dans les dossiers et de délivrer les certificats qui reconnaissent légalement un événement démographique; de distribuer des licences de mariage; d'approuver et d'enregistrer les changements de noms; d'enregistrer et de tenir un index des églises et des religions autorisées à célébrer des mariages au Nouveau-Brunswick; de produire divers rapports statistiques sur la santé en fonction des inscriptions d'événements démographiques (nombre d'enfants de poids insuffisant à la naissance nés au Nouveau-Brunswick, principales causes de décès); d'approuver les demandes d'accès à l'information conformément à la loi et aux politiques.

Le nombre annuel de certificats de naissance, de décès et de mariage délivrés par les Statistiques de l'état civil a continué de baisser après avoir atteint un niveau élevé historique pendant deux ans, soit en 2002-2003 et en 2003-2004. La figure 2 résume le nombre de certificats délivrés durant une période de sept ans. Par le passé, la tendance à la hausse était attribuable en partie à la reconnaissance accrue de la valeur du certificat de naissance comme document de base pour établir l'identité d'une personne (p. ex. demande de prêts bancaires, achat ou vente de terrain, demande de passeport). La tendance à la baisse est probablement un reflet de la saturation du besoin de certificats de naissance.

Figure 2 - Nombre de certificats délivrés annuellement par les Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick, de 1999 à 2006



On June 23, 2005, the New Brunswick Court of Queen's Bench declared the definition of marriage for civil purposes in the Province of New Brunswick to be the "lawful union for life of two persons to the exclusion of all others." As a result of this decision, same-sex couples were eligible to apply for a marriage licence in New Brunswick as of July 4, 2005.

Official Languages
The Office of the Official Languages Commissioner received 12 complaints in 2005-06 regarding the Department of Health.

Of these, six were resolved and six were under investigation at year's end

Planning and Medicare Services
During fiscal 2005-06, the Division engaged in the following activities:

Federal/Provincial/Territorial Relations
Participated in advisory committees to the federal/provincial/territorial Deputy Ministers of Health with respect to health delivery and human resources, governance and accountability, and public health and health services. Provided support for New Brunswick's role as co-chair (with British Columbia and Health Canada) of the Advisory Committee on Health Delivery and Health Human Resources.

Participated in Atlantic regional health co-operation initiatives. This included primary care, health technology, review of pharmaceuticals, disease prevention and healthy living.

In November 2005, New Brunswick became provincial-territorial co-chair of the F/P/T Conference of Ministers of Health and Deputy Ministers of Health. New Brunswick hosted a national Deputies' meeting in the spring of 2006 and the annual meeting of F/P/T Ministers of Health in the fall of 2006.

Legislation Development

- Introduced *Bill 13, An Act Respecting Mental Health and Public Health Services*, to facilitate the transfer of mental health and public health responsibilities to Regional Health Authorities.
- Introduced Bill 14, *An Act to Amend the Mental Health Act*, to allow the Executive Director to delegate authority.
- Introduced *Bill 29, An Act to Amend the Mental Health Act*, to clarify the name "Psychiatric Patient Advocate" to better reflect their role.
- Introduced *Bill 30, An Act to Amend the Medical Services Payment Act*, to extend coverage to New Brunswickers visiting or working on Campobello Island who require services in Maine.
- Passed Bill 52, *An Act to Amend the Medical Services Payment Act*, and Bill 53, *An Act to Amend the Hospital Services Act*, to give oral and

Le 23 juin 2005, la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick a déclaré que la définition du mariage à des fins civiles dans la province du Nouveau-Brunswick consistait en « l'union légale pour la vie de deux personnes à l'exclusion de toute autre personne ». À la suite de cette décision, les couples de même sexe ont le droit de présenter une demande en vue d'obtenir une licence de mariage au Nouveau-Brunswick depuis le 4 juillet 2005.

Langues officielles
Le Bureau du commissaire aux langues officielles a reçu 12 plaintes en 2005-2006 concernant le ministère de la Santé.

Parmi ces plaintes, six ont été réglées et six faisaient l'objet d'une enquête à la fin de l'année.

Planification et services de l'Assurance-maladie
Pendant l'exercice financier 2005-2006, la division a participé aux activités suivantes :

Relations fédérales, provinciales et territoriales
La division a participé aux comités consultatifs auprès des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en ce qui a trait à la prestation de soins de santé et aux ressources humaines en santé, à la gouvernance et à la reddition des comptes de même qu'à la santé publique et aux services de santé. Elle a également apporté son appui en ce qui concerne le rôle du Nouveau-Brunswick à la coprésidence (avec la Colombie-Britannique et Santé Canada) du Comité consultatif sur les soins de santé et sur les ressources humaines en santé.

La division a également participé aux initiatives de coopération régionale de l'Atlantique, notamment dans les domaines des soins primaires, des technologies de la santé, de l'étude des produits pharmaceutiques, de la prévention des maladies et des modes de vie sains.

En novembre 2005, le Nouveau-Brunswick a accepté de coprésider la Conférence des ministres et des sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux. Le Nouveau-Brunswick a été le lieu de rencontre pour la réunion des sous-ministres au printemps de 2006 et pour la réunion annuelle des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé à l'automne 2006.

Élaboration des lois

- Dépôt du projet de loi 13, *Loi concernant les services à la santé mentale et les services de santé publique*, qui vise à faciliter le transfert des responsabilités associées à la santé mentale et à la santé publique aux régies régionales de la santé.
- Dépôt du projet de loi 14, *Loi modifiant la Loi sur la santé mentale*, qui permet au directeur général de déléguer des pouvoirs.
- Dépôt du projet de loi 29, *Loi modifiant la Loi sur la santé mentale*, qui clarifie le nom des « défenseurs des malades mentaux » pour mieux tenir compte de leur rôle.
- Dépôt du projet de loi 30, *Loi modifiant la Loi sur le paiement des services médicaux*, de façon à élargir la couverture des Néo-Brunswickois qui visitent ou qui travaillent dans l'île de Campobello et qui ont besoin de services au Maine.
- Adoption du projet de loi 52, *Loi modifiant la Loi sur le paiement des services médicaux*, et du projet de loi 53, *Loi modifiant la Loi sur les services hospitaliers*, qui donnent aux

maxillofacial surgeons full privileges with Regional Health Authorities and to permit them to bill Medicare for services they render to patients.

New Brunswick Career Day
The third New Brunswick Career day was held at universities where New Brunswickers are studying to become health care professionals. This provided an opportunity for New Brunswick students and others to meet with representatives of the Regional Health Authorities and departmental staff to discuss diverse employment opportunities within the province's health care system, as well as unique health initiatives.

Allied Health Professionals Resource Strategy
To ensure New Brunswick has an adequate and appropriate supply and mix of allied health professionals, the following initiatives were undertaken in 2005-06.

Health Bursary Program
A new provincial health bursary program was launched on Sept. 30, 2005. It consists of bursaries targeting health occupations with identified high vacancy rates and/or high forecasted vacancy rates. In the fall of 2005, 92 bursary applications were received, with a total of 35 bursaries offered.

Health Information Management Education Program

All nine students enrolled in the new training program in Health Information Management offered at New Brunswick Community College (NBCC) - Moncton, in partnership with the Department of Health, are expected to graduate in June 2006, with eight of these new graduates to be employed in the province.

Respiratory Therapy
A new training program in Respiratory Therapy was developed by NBCC Campbellton, in partnership with RHA1B and the Department of Health Six students began their classes in September 2005. This is in addition to the NBCC Saint John training that accepts 12 students annually.

Pharmacy
Personal Digital Assistants (PDAs) along with a three-year subscription were purchased for all hospital pharmacists. PDAs allow pharmacists to provide fast, accurate information regarding drug interactions and other critical information to physicians and other team members, at the touch of a button.

Speech Language Pathology/Audiology
Close collaboration with l'Université Laval's Masters' Program in Speech Language Pathology resulted in both of the designated New Brunswick

chirurgiens stomatologistes et aux spécialistes en chirurgie maxillo-faciale tous les privilèges auprès des régies régionales de la santé et leur permettent de facturer l'Assurance-maladie pour les services qu'ils offrent aux patients.

Journée carrières au Nouveau-Brunswick
Pour la troisième fois, une Journée carrières au Nouveau-Brunswick a été tenue dans les universités où les Néo-Brunswickois étudient dans le but de devenir des professionnels de la santé. Cette journée a permis aux étudiants néo-brunswickois ainsi qu'à d'autres de rencontrer les représentants des régies régionales de la santé et le personnel du ministère afin de discuter des diverses possibilités d'emploi au sein du système de santé de la province ainsi que des initiatives uniques sur la santé.

Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles
En 2005-2006, pour s'assurer que le Nouveau-Brunswick possédait une combinaison adéquate de ressources professionnelles en santé, les mesures qui suivent ont été prises.

Programme de bourses dans le domaine de la santé
Le nouveau programme provincial de bourses dans le domaine de la santé a été lancé le 30 septembre 2005. Il est composé de bourses s'adressant spécialement aux professions de la santé où on retrouve des taux d'inoccupation élevés ou des taux d'inoccupation à prévision élevée. À l'automne 2005, 92 demandes de bourse ont été soumises et un total de 35 bourses ont été accordées.

Programme de formation en gestion de l'information sur la santé
Les neufs étudiants inscrits au nouveau programme de formation en gestion de l'information sur la santé offert au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick (CCNB) de Moncton, en collaboration avec le ministère de la Santé, devraient obtenir leur diplôme en juin 2006. Parmi ces nouveaux diplômés, huit devraient travailler dans la province.

Inhalothérapie
Un nouveau programme de formation en inhalothérapie a été mis au point par le CCNB de Campbellton, en partenariat avec la RRS 1B et le ministère de la Santé. Six étudiants ont commencé les cours en septembre 2005. Ce nombre vient s'ajouter à celui du CCNB de Saint John qui accueille 12 étudiants par année.

Pharmacie
Chaque pharmacien hospitalier a reçu un assistant numérique (PDA) avec un abonnement de trois ans. L'assistant numérique est un outil à la portée de la main qui permet au pharmacien de fournir avec rapidité des renseignements exacts sur les interactions entre médicaments et d'autres renseignements essentiels aux médecins et aux autres membres de l'équipe.

Orthophonie et audiologie
Grâce à l'étroite collaboration avec le programme de maîtrise en orthophonie de l'Université Laval, les deux places réservées pour des étudiants du Nouveau-Brunswick

seats being filled for studies beginning in September 2006.

Rehabilitation Services: Clinical Education Program

The New Brunswick Clinical Education Program is an innovative strategy designed to assist with the recruitment and retention of rehabilitation professionals. The program coordinates clinical placements in New Brunswick health-care facilities for students enrolled in audiology, occupational therapy, pharmacy, physiotherapy, and speech language pathology programs. As such, this program exposes students enrolled in the 'out-of-province' training programs to the health care system in New Brunswick. As in previous years, close to 250 clinical placements were coordinated throughout the Regional Health Authorities.

Nursing Resource Strategy

To ensure New Brunswickers have access to appropriate nursing resources in the future, the New Brunswick government maintained in 2005-06 the Nursing Resource Strategy.

The following initiatives have been implemented:

Summer Employment Program for Student Nurses

This program was initiated with the cooperation of the Post-Secondary Education and Training Department, Student Employment and Experience Development (SEED) program and provided 150 jobs to student nurses in hospitals and nursing homes. Student nurses could benefit from clinical settings to transfer their knowledge to real clinical situations and help Regional Health Authorities and nursing homes during the summer vacation months.

Reimbursement of Tuition for Refresher Programs

Eight Nurses (RNs) and Licensed Practical Nurses (LPNs) who wanted to re-enter the workforce got reimbursement of their tuition for their refresher program.

Development of the New Brunswick Critical Care Nursing Program

Both the University of New Brunswick-Fredericton and the Université de Moncton, as well as the Regional Health Authorities, have joined the Department of Health in this unique project to contribute to the preparation of nurses for the specialty of Critical Care Nursing. In 2005-06, 46 nurses benefited from this 17-week program. The program has been converted to a blended approach model including on-line learning.

Maximization of Utilization of Nursing Care Providers

The project aiming at the optimization of the role of the nursing care providers in Regional Health Authorities (RHAs) has been maintained with the lead of a project manager. The use, skills and skill

ont été remplies pour la session commençant en septembre 2006.

Services de réadaptation : Programme de formation clinique

Le Programme de formation clinique au Nouveau-Brunswick est une stratégie innovatrice qui a été mise en œuvre pour faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels en réadaptation. Le programme sert à coordonner les placements cliniques dans les établissements de soins de santé du Nouveau-Brunswick des étudiants inscrits à des programmes d'études en audiologie, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie et en orthophonie. Ainsi, ce programme expose les étudiants inscrits aux programmes de formation à l'extérieur de la province au système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Comme les années précédentes, près de 250 stages cliniques ont été coordonnés dans l'ensemble des régies régionales de la santé.

Stratégie en matière de ressources infirmières

En 2005-2006, afin que les gens du Nouveau-Brunswick aient accès à des ressources infirmières compétentes dans l'avenir, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a maintenu la Stratégie en matière de ressources infirmières.

Les initiatives suivantes ont été mises en œuvre :

Programme d'emploi d'été pour les étudiantes et étudiants en sciences infirmières

Ce programme, lancé dans le cadre du programme Stage d'emploi étudiant pour demain (SEED) offert par le ministère de l'Éducation postsecondaire et de la Formation, a procuré 150 emplois à des étudiants en soins infirmiers, dans des hôpitaux et des foyers de soins. Les étudiantes et étudiants en sciences infirmières ont pu profiter d'un milieu clinique pour mettre en application les connaissances acquises dans des situations réelles et aider les régies régionales de la santé et les foyers de soins pendant les mois de congé estival.

Remboursement des frais de scolarité pour les programmes de recyclage

Huit infirmières immatriculées (II) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui voulaient réintégrer le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs frais de scolarité pour le programme de mise à jour.

Élaboration du Programme des soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick

L'UNB Fredericton, l'Université de Moncton et les régies régionales de la santé se sont jointes au ministère de la Santé afin de contribuer, dans le cadre de ce projet unique, à la préparation des infirmières pour la spécialité des soins infirmiers critiques. En 2005-2006, 46 infirmières se sont prévalues de ce programme d'une durée de 17 semaines. Le programme a adopté un modèle d'approche mixte qui inclut l'apprentissage en ligne.

Utilisation optimale des fournisseurs de soins infirmiers

Le projet qui a pour but d'optimiser le rôle du personnel infirmier dans les régies régionales de la santé a été maintenu avec l'aide d'un gestionnaire de projet. Le rôle du personnel infirmier ainsi que ses compétences et sa

mix of nursing service providers are being reviewed to best utilize the nursing resources throughout the health care system.

Nursing Mentorship Program

This program continued to develop and now includes one full-time nurse position in each Regional Health Authority to ease transition for new graduates from student to employee, and provide more practice-ready employees. A planning session held with the regional coordinators permitted them to develop and agree on general principles to standardize the program.

Nurse Practitioner

An Education Subsidy Program benefited 43 student nurse practitioners, who are employees of the New Brunswick health care system, by covering tuition and books. At the end of March 2006, New Brunswick had 28 nurse practitioners practicing in various sectors of the health care system: Emergency Rooms, Community Health Centres, Primary Care Clinics, nursing homes and at UNB.

Nursing Service and Resource Management Plan (2005-2010)

Completed in July 2004, this plan replaced the document dated 1993 and is aligned with recent national and provincial health reports and serves as a roadmap for complementary development of the nursing sector. The Nursing Resources Advisory Committee continues to advise the Minister on nursing resources planning issues.

Nursing Workforce Planning

Continuous efforts are deployed to ensure sufficient nursing care providers are available to meet future needs. Participation to national, provincial and regional initiatives related to health human resources planning is a mean to ensure we are aware of the trends and also benefit from our partners' experience.

Physician Resource Strategy

In fiscal 2005-06, the strategy included the recruitment of 82 physicians, which represent a net gain of 34 physicians (17 family practitioners and 17 specialists). This is the third largest increase in net number of new physicians over the past 11 years.

Other highlights in 2005-06 included:

- approval of 26 new positions to allow the department to more effectively respond to potential recruitment opportunities
- provision of 44 location grants of $25,000 each for eligible general practitioners and $40,000 for eligible specialists willing to practice in hard-to-recruit areas. As well, nine $15,000 business grants were provided to family practitioners who

composition font l'objet d'une étude afin de maximiser les ressources infirmières dans l'ensemble du système de soins de santé.

Programme de mentorat pour les infirmières

Ce programme a continué de se développer et, à ce jour, un poste d'infirmière à temps plein a été pourvu dans chaque régie régionale de la santé pour faciliter la transition de l'étudiante au statut d'employée, et pour fournir des employées plus aptes à exercer la profession. Une séance de planification tenue avec les coordonnateurs régionaux leur a permis d'élaborer et d'adopter des principes généraux pour normaliser le programme.

Infirmière praticienne

Un Programme de subvention des études a permis à 43 étudiantes inscrites au cours d'infirmière praticienne, employées du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, de se prévaloir d'un tel programme qui couvre les droits de scolarité et les livres. À la fin de mars 2006, le Nouveau-Brunswick comptait 28 infirmières praticiennes dans divers secteurs du système de santé : les salles d'urgence, les centres de santé communautaires, les cliniques de soins de santé primaires, les foyers de soins et l'Université du Nouveau-Brunswick.

Plan de gestion des ressources et des services infirmiers (2005-2010)

Ce plan qui a été terminé en juillet 2004 a remplacé le document de 1993 et est harmonisé avec les récents rapports de santé provinciaux et nationaux et sert de feuille de route pour le développement complémentaire du secteur infirmier. Le Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière continue de faire part au ministre des meilleures pratiques en ce qui concerne les questions touchant la planification des ressources du secteur infirmier.

Planification de la main-d'œuvre infirmière

Des efforts continuent d'être déployés pour s'assurer que les fournisseurs de soins infirmiers peuvent répondre aux besoins futurs. La participation aux mesures nationales, provinciales et régionales concernant la planification des ressources humaines en matière de santé est un moyen de nous assurer de connaître les tendances et de bénéficier également de l'expérience de nos partenaires.

Stratégie des ressources médicales

Durant l'exercice financier 2005-2006, la stratégie comprenait le recrutement de 82 médecins, ce qui représente un gain net de 34 médecins (17 médecins de famille et 17 spécialistes). Il s'agit de la troisième plus importante augmentation du nombre net de nouveaux médecins au cours des onze dernières années.

Voici d'autres faits saillants notés en 2005-2006 :

- approbation de 26 nouveaux postes pour permettre au ministère de mieux répondre aux possibilités de recrutement;
- octroi de 44 subventions d'emplacement de 25 000 $ pour les omnipraticiens admissibles et de 40 000 $ pour les spécialistes admissibles qui acceptent d'exercer la profession dans les régions où il est difficile de recruter. De plus, neuf subventions d'affaires de 15 000 $ ont été

established a practice in designated areas

- sponsorship of a total of 35 candidates under the supernumerary residency training program
- a total of 372 weeks paid to 72 1st and 2nd year medical students who participated in the summer preceptorship program.

As part of the Provincial Health Plan, a $6,000 bursary was awarded for the first time to 40 medical students in their third or fourth year of study.

Accountability and Health Information Management
The Accountability and Health Information Management team was involved in the development and implementation of a variety of initiatives focused on providing enhanced information to support sound management of the health care system and accountability reporting to internal and external stakeholders. Specific activities carried out in 2005/06 include:

- ongoing data quality improvement initiatives for the Discharge Abstract (DAD) and Management Information System (MIS) databases.
- provision of support for the implementation of an electronic records management system in community health centres.
- ongoing management of the Hospital Financial and Utilization Management system (HUFMS); the Extra-Mural administrative data reposity; the Regional Addictions Services system and the Health Human Resources database.
- completion of evaluation activities associated with the community health centre initiative.
- completion of evaluation activities associated with the joint review of the Early Childhood Initiatives, undertaken in collaboration with the Department of Family and Community Services.
- provision of support for the department's surgical access management initiative, including development and implementation of the surgical access management web site.
- compilation and analysis of information for several major reports including the Annual Report of Hospital Services, the N.B. Health Care Report Card and the department's annual report.

accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées;

- parrainage d'un total de 35 candidats dans le cadre du programme de formation en résidence surnuméraire;
- un total de 372 semaines ont été accordées à 72 étudiants en médecine de première année et de deuxième année qui ont participé au programme de préceptorat d'été.

Dans le cadre du Plan provincial de la santé, des bourses de 6 000 $ ont été accordées pour la première fois à 40 étudiants de troisième et quatrième année.

Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé
L'équipe de responsabilisation et de gestion de l'information sur la santé a participé à l'élaboration et à la mise en œuvre de diverses mesures visant à fournir de l'information améliorée pour appuyer une saine gestion du système de soins de santé et une responsabilisation envers les intervenants externes et internes. Les activités menées à bien en 2005-2006 comprennent :

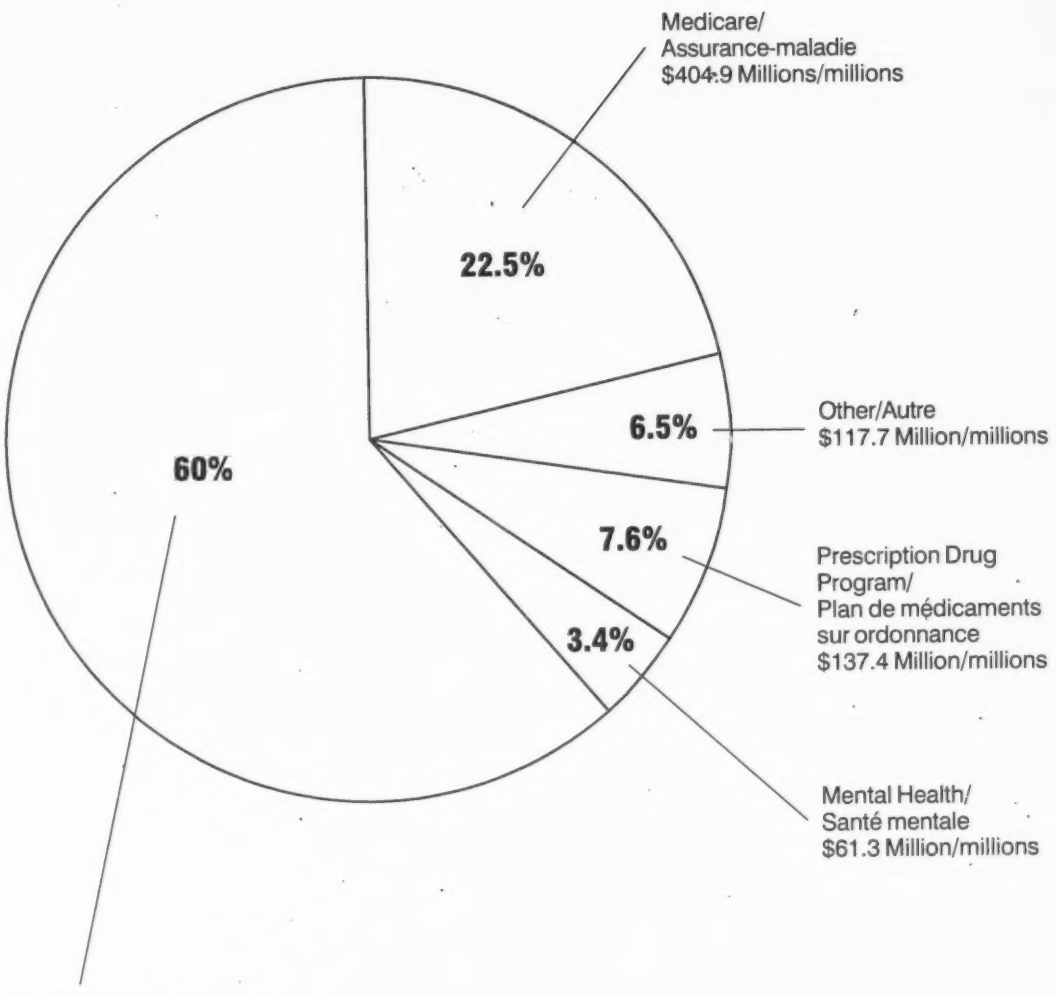
- Des initiatives d'amélioration continue de la qualité des données pour la base de données sur les congés des patients (BDCP) et la base de données du système d'information de gestion (SIG).
- La prestation d'un soutien pour la mise en œuvre d'un système de gestion des dossiers électroniques dans les centres de santé communautaires.
- La gestion continue du système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU); le dépôt des données administratives du Programme extra-mural; le réseau des services de traitement des dépendances régionaux et la base de données des ressources humaines en matière de santé.
- L'exécution des activités d'évaluation associées à l'initiative du centre de santé communautaire.
- L'exécution des activités d'évaluation associées à l'examen conjoint des Initiatives de la petite enfance en collaboration avec le ministère des Services familiaux et communautaires.
- La prestation d'un soutien pour l'initiative de gestion de l'accès aux services chirurgicaux du ministère, y compris l'élaboration et la mise en œuvre du site Web de gestion de l'accès aux services chirurgicaux.
- La compilation et l'analyse de l'information pour plusieurs importants rapports, y compris le rapport annuel des services hospitaliers, la fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick et le rapport annuel du ministère.

Financial Overview

Actual Expenditures
$1,798.9 Million
2005-2006

Aperçu financier

Dépenses réelles
1 798,9 millions $
2005-2006



Financial Overview 2005-2006
(000's)
Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Administrative Services						
Administration and Financial Services	7,963.0	146.8	8,109.8	8,239.9	(130.1)	1
Information Technology	5,903.0	-	5,903.0	4,745.0	1,158.0	2
Planning	3,598.0	22.7	3,620.7	3,508.3	112.4	3
Public Health and Medical Services						
Provincial Epidemiology Service	1,258.0	11.1	1,269.1	1,107.9	161.2	4
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	827.3	47.7	
Medical Education	14,173.0	479.3	14,652.3	13,639.9	1,012.4	5
Medicare Program	404,545.0	3,526.8	408,071.8	404,894.5	3,177.3	6
Prescription Drug Program	142,599.0	3.3	142,602.3	137,418.0	5,184.3	7
Out-of-Province Hospital Payments	39,213.0	-	39,213.0	49,565.2	(10,352.2)	8
Public Health Services	34,275.0	1,379.1	35,654.1	35,360.8	293.3	9
Institutional Services						
Ambulance Services	50,945.0	9.5	50,954.5	50,282.0	672.5	10
Hospital Liability Protection	1,000.0	-	1,000.0	1,432.8	(432.8)	11
Hospital Services	1,006,200.0	9,627.4	1,015,827.4	1,026,572.0	(10,744.6)	12
Mental Health Services						
Program Total	61,692.0	1,560.9	63,252.9	61,330.4	1,922.5	13
Department Total Ordinary	**1,774,239.0**	**16,766.9**	**1,791,005.9**	**1,798,924.0**	**(7,918.1)**	
Capital	**37,145.0**	**-**	**37,145.0**	**37,087.9**	**57.1**	
Revenue						
Interest & Investment Income	590.0	-	590.0	726.5	(136.5)	14
General	21,658.0	-	21,658.0	15,834.3	5,823.7	15
Miscellaneous	60.0	-	60.0	650.0	(590.0)	16
Conditional Grants	7,288.0	-	7,288.0	9,560.2	(2,272.2)	17
Department Total Revenue	**29,596.0**	**-**	**29,596.0**	**26,771.0**	**2,825.0**	

Aperçu financier 2005-2006
(000)
Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services administratifs						
Administration et finances	7 963,0	146,8	8 109,8	8 239,9	(130,1)	1
Technologie de l'information	5 903,0	-	5 903,0	4 745,0	1 158,0	2
Planification	3 598,0	22,7	3 620,7	3 508,3	112,4	3
Santé publique et services médicaux						
Service provincial d'épidémiologie	1 258,0	11,1	1 269,1	1 107,9	161,2	4
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	827,3	47,7	
Formation médicale	14 173,0	479,3	14 652,3	13 639,9	1 012,4	5
Assurance-maladie	404 545,0	3 526,8	408 071,8	404 894,5	3 177,3	6
Plan de médicaments sur ordonnance	142 599,0	3,3	142 602,3	137 418,0	5 184,3	7
Règlements des services hospitaliers à l'extérieur de la province	39 213,0	-	39 213,0	49 565,2	(10 352,2)	8
Services de santé publique	34 275,0	1 379,1	35 654,1	35 360,8	293,3	9
Services en établissement						
Services d'ambulance	50 945,0	9,5	50 954,5	50 282,0	672,5	10
Responsabilité civile - hôpitaux	1 000,0	-	1 000,0	1 432,8	(432,8)	11
Services hospitaliers	1 006 200,0	9 627,4	1 015 827,4	1 026 572,0	(10 744,6)	12
Services de Santé mentale						
Total des programmes	61 692,0	1 560,9	63 252,9	61 330,4	1 922,5	13
Total du compte ordinaire du ministère	**1 774 239,0**	**16 766,9**	**1,791 005,9**	**1 798 924,0**	**(7 918,1)**	
Compte de capital	**37 145,0**	**-**	**37 145,0**	**37 087,9**	**57,1**	
Recettes						
Intérêts et revenus de placement	590,0	-	590,0	726,5	(136,5)	14
Recettes générales	21 658,0	-	21 658,0	15 834,3	5 823,7	15
Recettes diverses	60,0	-	60,0	650,0	(590,0)	16
Subventions conditionnelles	7 288,0	-	7 288,0	9 560,2	(2 272,2)	17
Recettes totales du ministère	**29 596,0**	**-**	**29 596,0**	**26 771,0**	**2 825,0**	

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2005-2006

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2005-2006:

1. The over-expenditure in Administration and Financial Services was mainly the result of higher than budgeted expenditures for personnel.
2. The under-expenditure in Information Technology was due to various projects not being undertaken and/or completed as anticipated.
3. The under-expenditure in Planning was mainly due to lower than anticipated expenditures for Nurse Practitioners and the Nursing Resource Strategy.
4. The under-expenditure in Provincial Epidemiology Service was mainly due to lower than budgeted expenditures related to the Provincial Cancer Registry.
5. The under-expenditure in Medical Education was mainly due to lower than anticipated training costs throughout the hospital facilities.
6. The under-expenditure in Medicare was due to lower than anticipated program growth.
7. The under-expenditure in the Prescription Drug Program was mainly due to lower than anticipated program growth.
8. The over-expenditure in Out-of-Province Hospital Payments was due to increased rates and more in-patient days being spent in hospitals out of province.
9. The under-expenditure in Public Health Services was mainly the result of lower than anticipated expenditures for Wellness.
10. The under-expenditure in Ambulance Services was due to lower than anticipated expenditures for air medical services and training.
11. The over-expenditure in the Hospital Liability Protection Plan was the result of higher than anticipated liability claims as forecasted by the actuary.
12. The over-expenditure in Hospital Services was mainly the result of the Regional Health Authority deficits, partially offset by various surpluses within centrally managed funds.
13. The under-expenditure in Mental Health Services was mainly due to various smaller surpluses spread throughout the Community Mental Health Centres.
14. Interest and investment income was higher than budgeted as a result of increased interest income resulting from third party liability claims.
15. General revenues were lower than budgeted mainly due to a reduction in the auto levy recovery as a result of a lower accident frequency being reported by the Insurance Bureau of Canada (IBC).
16. Miscellaneous revenues were higher than budgeted mainly due to various prior year items being recovered.
17. Conditional Grants were higher than budgeted mainly due to unbudgeted ordinary recoveries received from the Canadian Health Infostructure Program for several eligible E-Health projects.

APERÇU FINANCIER POUR L'EXERCICE FINANCIER 2005-2006

Les écarts budgétaires importants pour l'exercice financier 2005-2006 sont expliqués ci-dessous :

1. Le dépassement de crédit au poste de Services administratifs et financiers est principalement attribuable aux dépenses plus élevées que prévu en ce qui concerne le personnel.
2. La sous-utilisation du crédit au poste de Technologie de l'information est attribuable à divers projets qui n'ont pas été entrepris ou terminés comme prévu.
3. La sous-utilisation du crédit au poste de Planification est principalement attribuable à des dépenses plus faibles que prévu au chapitre de la Stratégie des infirmières praticiennes et en matière de ressources infirmières.
4. La sous-utilisation du crédit au poste de Service provincial d'épidémiologie est principalement attribuable à des dépenses plus faibles que prévu à l'égard du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick.
5. La sous-utilisation du crédit au poste de Formation médicale est principalement attribuable à des coûts de formation plus faibles que prévu dans tous les établissements hospitaliers.
6. La sous-utilisation du crédit au poste d'Assurance-maladie est attribuable à une croissance du programme plus faible que prévu.
7. La sous-utilisation du crédit au poste de Plan de médicaments sur ordonnance est attribuable principalement à une croissance du programme plus faible que prévu.
8. Le dépassement de crédit au poste de Paiement aux hôpitaux à l'extérieur de la province est attribuable à une augmentation des taux et à un nombre plus élevé de jours-patients hospitalisés passés dans des hôpitaux à l'extérieur de la province.
9. La sous-utilisation du crédit au poste de Services de santé publique est principalement attribuable aux dépenses plus faibles que prévu au chapitre du mieux-être.
10. La sous-utilisation du crédit au poste de Services d'ambulance est attribuable à des dépenses plus faibles que prévu au chapitre des services médicaux aériens et de la formation.
11. Le dépassement de crédit au poste de Plan de protection de la responsabilité hospitalière est attribuable à un nombre plus élevé de demandes d'indemnité que ne l'a prévu l'actuaire.
12. Le dépassement de crédit au poste de Services hospitaliers est surtout attribuable aux déficits des régies régionales de la santé, compensés partiellement par diverses économies au Fonds de gestion central.
13. La sous-utilisation du crédit au poste de Services de santé mentale est principalement attribuable à divers petits surplus répartis dans tous les centres de santé mentale communautaires.
14. Les revenus d'intérêt et de placement sont plus élevés que prévu en raison de l'augmentation des revenus d'intérêt découlant des demandes d'indemnité faites par des tiers.
15. Les recettes générales sont plus faibles que celles prévues au budget en raison surtout d'une diminution du recouvrement automatique des contributions en raison d'un nombre moins élevé d'accidents signalés par le Bureau d'assurance du Canada (BAC).
16. Les recettes diverses sont plus élevées que celles prévues au budget principalement en raison de la récupération de certains postes de l'année précédente.
17. Les subventions remboursables sous condition sont plus élevées que prévu principalement en raison des recouvrements ordinaires non inscrits au budget obtenus du programme Inforoute de Santé Canada pour plusieurs projets admissibles de cybersanté.

Health Administrative Offices

Bureaux administratifs du ministère de la Santé